

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Arts in Travail Social

HES-SO// Valais Wallis Domaine Santé & Travail Social

**Les institutions, le rôle et les pratiques de l'éducateur qui travaille
auprès de toxicomanes vieillissants en Valais**

Réalisé par:
Responsable:

Cordelier Yan, BAC 12
Antonin-Tattini Véronique

Savièse, janvier 2015

Remerciements

En préambule, je tiens à remercier vivement toutes les personnes qui m'ont accompagné et soutenu durant cette période, tout particulièrement:

- Madame Véronique Antonin-Tattini, pour sa disponibilité, son soutien et ses conseils ;
- Les professionnels des différentes structures pour le temps précieux qu'ils m'ont accordé ainsi que pour leur riche expérience partagée ;
- Mes proches pour leurs encouragements, leurs suggestions et leur confiance

Avertissements

Dans le présent travail, dans le but d'en faciliter la lecture, les termes au masculin s'appliquent indifféremment aux hommes et aux femmes.

Les opinions non référencées émises dans ce travail n'engagent que leur auteur.

Je certifie avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteurs, que ce soit par citation ou par paraphrase, sont clairement indiqués. Le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études. J'assure avoir respecté les principes éthiques de la recherche tels que présentés dans le Code éthique de la recherche.

Résumé

Dans le cadre de ce travail de recherche, je m'intéresse aux rôles et aux pratiques (outils) de l'éducateur qui travaille auprès de toxicomanes vieillissants et le type d'institutions ou d'organisations dans lesquelles ces prises en charge s'insèrent. La particularité et l'intérêt principal de ma recherche s'incarnent dans la relation et les liens entre vieillesse et toxicomanie.

En effet, notre pays se confronte — c'est un phénomène nouveau — à une catégorie particulière de toxicomanes, soit des toxicomanes vieillissants. C'est une approche innovante de la toxicomanie.

Tout d'abord, il a été question de définir le cadre théorique, qui par le biais des différents concepts, permet d'appréhender la problématique liée à ma question de recherche. Je traite, notamment du concept de la toxicomanie, de l'addiction, de la vieillesse ou encore des politiques publiques qui encadrent ou régissent ce phénomène nouveau.

Afin de répondre à ma question de départ, j'ai procédé à 6 entretiens. J'ai interrogé un responsable de secteur, un éducateur, un infirmier en psychiatrie, un infirmier responsable, un adjoint de direction et un directeur, tous deux au bénéfice d'une longue expérience éducative auprès de personnes toxicodépendantes.

Les rencontres et les échanges avec les différents professionnels m'ont permis d'approfondir dans une grande mesure, la connaissance des structures existantes en Valais et des pratiques y relatives. Ceci m'a permis de mettre en évidence les similitudes et les différences, tant au niveau organisationnel que des pratiques professionnelles.

De fait, j'ai eu l'opportunité d'atteindre un bon nombre d'objectifs poursuivis et d'en apprendre davantage quant aux enjeux actuels de la toxicomanie en âge avancé. Je suis même en mesure de suggérer quelques hypothèses d'action pour répondre aux besoins de ce type d'utilisateurs.

Mots-clés

Toxicomanie – Addictions – Vieillesse – Dépendances – Drogues illégales – Outils thérapeutiques – Institutions – Traitements – Pratiques professionnelles – Politiques publiques

Table des matières

A.	Introduction.....	5
B.	Choix de la thématique	5
1.	Les liens avec le travail social	6
C.	Question de recherche	7
1.	Question de départ	7
2.	Objectif général.....	7
D.	Le cadre théorique	8
1.	Le concept de toxicomanie et d'addiction	8
1.1	Définition de la toxicomanie	8
1.2	Le concept d'addiction	9
1.3	La question des substances.....	10
1.4	Toxicomanie et comorbidités psychiatriques.....	13
1.5	Toxicomanie et complications médicales.....	14
2.	Le concept de la vieillesse	15
2.1	Définitions	15
2.2	À partir de quand est-on vieux?	16
2.3	Le temps de la retraite, des pertes et du nouveau.....	17
2.4	Statistiques de la population suisse selon l'âge	19
2.5	Viellissement de la population	20
2.6	Dépendances aux drogues illégales et vieillesse.....	22
3.	Les politiques publiques	25
3.1	De l'abstinence à la réduction des risques: conflits autour d'une nouvelle politique	26
4.	Traitement des troubles liés à une substance.....	28
4.1	Les traitements biologiques	28
4.2	Les traitements psychosociaux.....	30
E.	Méthodologie	32
1.	Questions de recherche et nouvelles hypothèses	32
1.1	Question de départ.....	32
2.	Terrains d'enquête	33
3.	Méthodes de collectes de données.....	35
4.	Les enjeux éthiques de la recherche	36
5.	La population et l'échantillon de la recherche.....	37

F.	Analyse des données	38
1.	Description générale et analyse des données	38
1.1	Axe 1: Organisation	38
1.2	Axe 2: Professionnels actifs auprès du toxicomane vieillissant	43
1.3	Axe 3: Pratiques des éducateurs	45
2.	Approfondissement des concepts en lien avec les éléments observés	50
2.1	Roue du changement et entretiens motivationnels	50
2.2	Approche cognitivo-comportementaliste	53
2.3	Dépendance à l'alcool et toxicomanie	54
3.	Vérifications des hypothèses.....	55
3.1	Hypothèses sur la prise en charge organisationnelle de cette population.....	55
3.2	Hypothèses sur la prise en charge concrète par les divers professionnels.....	56
G.	Bilan de la recherche	60
1.	Limite de la recherche	60
1.1	Échantillon	60
1.2	Méthode d'entretiens semi-directifs	60
1.3	Méthodologie	60
2.	Bilan personnel.....	61
H.	Conclusion	61
1.	Retour sur la question de recherche	61
2.	Degré d'atteinte des objectifs	64
3.	Conclusion générale et nouvelles perspectives	64
I.	Source	67
1.	Bibliographie.....	67
2.	Articles.....	67
3.	Cours.....	68
4.	Internet.....	69
5.	Documents audiovisuels.....	70
J.	Annexes	71
1.	Questions entretiens	71
2.	Tableaux analytiques.....	74

Travail de Bachelor

A. Introduction

Ce rapport est constitué de différents chapitres. Pour commencer, j'explicite le choix du thème et démontre les liens avec le travail social. Le chapitre suivant définit sommairement ma question de départ, l'objectif général et mes premières hypothèses. Ensuite, je présente le cadre théorique en lien avec l'objet de mes recherches, soit les concepts, notamment de toxicomanie et de vieillesse et la relation entre elles. Après quoi, je rappelle la méthodologie de ce travail, essentiellement les méthodes de collecte des données qui seront soumises à l'analyse dans l'avant-dernier chapitre. Pour terminer, je présente la conclusion relative à ce travail de recherche.

B. Choix de la thématique

Le thème abordé et traité tout au long de ce travail de Bachelor concerne les addictions. C'est un sujet que je trouve passionnant et éminemment actuel. Concernant la définition, il s'agit d'une dépendance ou d'un attachement considéré comme malsain à une substance ou un comportement¹. Sur le plan étymologique, addiction est issu à la fois de l'anglais addiction, qui signifie dépendance et emprunte également sa racine au latin. L'addiction signifie dans la langue de Cicéron: «Le don de son corps en gage pour une dette non payée»: la locution latine *ad dictus* qualifie celui qui «est dit à», c'est-à-dire l'esclave.

De nos jours, la notion d'addiction revêt plusieurs visages. Celle-ci est possiblement reliée à une substance psychoactive, telle que la cocaïne, l'alcool ou encore les médicaments. Ceci étant, il existe aussi plusieurs formes de dépendance sans substance. Actuellement, les auteurs parlent par exemple d'addictions aux comportements violents, au sport, à l'Internet, au travail, au sexe, etc. Certains scientifiques, tel le psychiatre américain William Glasser, en 1976, évoquent l'existence de deux formes d'addictions, les addictions positives versus les addictions négatives. Le terme *d'addiction positive* désigne: «une activité particulièrement investie dont le caractère bénéfique et constructif pour la personne est reconnu socialement» (Glasser, 1976). Par exemple, les sports d'endurance augmentent la force mentale. Tandis que les *addictions négatives* ont des conséquences négatives à plus long terme, par exemple les effets de l'alcoolisme ou de la dépendance aux drogues².

En outre, le présent travail va s'intéresser aux liens entre les addictions, plus précisément la toxicomanie et sa consommation par des personnes âgées.

¹ PERSIAUX, R. (2007). Addiction : Tous accros ? Revue Sciences Humaines Numéro 185.

² BONNET, A. et BRÉJART, V. (2009). Addiction à l'activité physique, in Isabelle Varescon, Les addictions comportementales. Editions Mardaga « PSY-Émotion, intervention, santé », p.237-266

1. Les liens avec le travail social

Le phénomène de l'addiction et de l'abus de substance a de multiples conséquences négatives, en premier lieu pour la **personne elle-même**. Par exemple :

- Péjoration de la santé physique et/ou psychologique
- Difficultés professionnelles
- Difficultés familiales
- Difficultés financières

Cette problématique présente aussi des conséquences pour l'environnement de la personne consommatrice :

- Pour ses proches
- Pour l'employeur
 - Perte de productivité
 - Absentéisme³
 - Pour la société en général (par exemple, coûts, etc.)

Étant données les conséquences des addictions sur la société et auprès des consommateurs, les travailleurs sociaux, plus particulièrement les éducateurs, ont certainement un rôle clé d'accompagnement de ces personnes dans diverses organisations. En effet, comme le mentionne le code de déontologie du travail social en Suisse, leur mission consiste à inventer, développer et fournir des solutions à des problèmes sociaux. Le travail social est également une contribution de la société à l'attention particulière des personnes et groupes qui, temporairement ou durablement, connaissent des limitations dans l'accomplissement de leur vie. La finalité étant d'empêcher, de faire disparaître ou atténuer la détresse des êtres ou groupes humains⁴.

Qui plus est, le travailleur social est susceptible de se confronter aux dépendances dans sa pratique, quels que soient la population rencontrée ou son lieu professionnel: des adolescents possiblement addicts au *TIC*⁵, des détenus usagers de drogues illicites, des personnes âgées dépendantes à l'alcool et/ou aux médicaments.

Dans le cadre de mon travail de Bachelor, je privilégie deux axes. Le premier, en lien avec les addictions, concerne la toxicomanie, soit exclusivement la consommation de drogues illégales. Mon deuxième axe de réflexion correspond à la vieillesse. La particularité et l'intérêt principal de ma recherche s'incarnent dans la relation et les liens entre la vieillesse et la toxicomanie.

En effet, notre pays est confronté — c'est un phénomène nouveau — à une catégorie particulière de toxicomanes, soit des toxicomanes vieillissants. Cette problématique inédite est supposément le résultat d'une combinaison efficace des prises en charge et des progrès de la médecine.

Cette problématique émergente questionne les professionnels de la santé ainsi que du social et implique des réponses adaptées aux besoins de ce type d'usagers. C'est une approche innovante de la toxicomanie qui, de fait, capte toute mon attention.

³ Annick Clerc Bérode (2012). Évaluation de la clientèle et des approches thérapeutiques au sein de la fondation Addiction Valais. Sion

⁴ AVENIR SOCIAL (2010). Code de déontologie du travail social en Suisse. Berne

⁵ Technologie de l'information et de la communication

C. Question de recherche

1. Question de départ

«Quels sont les institutions, le rôle et les pratiques de l'éducateur qui travaille auprès de toxicomanes vieillissants en Valais ?»

Cette nouvelle réalité me questionne, tout comme le monde de la santé et du social qui ne sait pas véritablement quoi faire avec ce «nouveau» type de bénéficiaires. Il n'existe, semble-t-il, aucun modèle de prise en charge spécifique à ce type d'usagers. En effet, d'aucuns ont été placés dans des homes, mais ce genre de lieu se révèle, à priori, inadapté à leurs besoins.

Je m'interroge sur un phénomène nouveau en lien avec le problème social des addictions. En effet, rien n'est véritablement établi pour ces usagers et il est attendu que les travailleurs sociaux, entre autres, soient des acteurs impliqués par rapport à cette nouvelle problématique.

Dès lors, comment répondre aux besoins de cette population, notamment en tant que travailleur social ? Comment concilier le rôle premier de l'éducateur qui consiste habituellement à révéler les compétences et développer l'autonomie des usagers et son rôle certainement différent envers cette population ?

2. Objectif général

Mon objectif général consiste en l'analyse du rôle de l'éducateur face à ce nouveau genre de bénéficiaires. Je souhaiterais aussi approfondir la question du type de structure qui prend en charge des toxicomanes vieillissants. Plus précisément je m'intéresse à l'analyse des perceptions qu'ont les professionnels et responsables des besoins des personnes toxicomanes vieillissantes. Ceci revêt une importance particulière en ce sens que le travailleur social est tenu de placer l'utilisateur et ses besoins au centre de ses réflexions et de ses actions.

J'aimerais aussi rendre compte et comparer les diverses pratiques des éducateurs envers cette population. Dans ce travail de comparaison, je souhaite mettre en évidence les différences/ressemblances entre les institutions du territoire valaisan. Me focaliser sur un seul territoire est suffisant pour un travail de recherche et évite également de multiplier les facteurs d'influence sur l'offre institutionnelle et le travail des éducateurs.

À partir de mes résultats, j'aimerais proposer des pistes pour éventuellement améliorer la prise en charge de cette population.

D. Le cadre théorique

Ce point présente les éléments théoriques qui vont être développés et argumentés en lien avec la question de départ, les hypothèses et les objectifs formulés.

1. Le concept de toxicomanie et d'addiction

1.1 Définition de la toxicomanie

La toxicomanie (issue du grec *toxicon*, «poison» et *mania*, « folie») désigne une dépendance physique et psychologique d'une ou plusieurs substances toxiques (analgésiques, stimulants et autres psychotropes) sans justification thérapeutique⁶. Cet usage s'accompagne d'un désir incontrôlable de continuer à consommer le produit, accompagné d'accoutumance et de dépendance⁷.

Le concept de toxicomanie ou d'addiction n'existe pas dans les grandes définitions internationales des maladies comme le *DSM-IV*⁸ ou la *CIM-10*⁹. Ces troubles sont considérés comme étant des éléments constitutifs d'une maladie/pathologie. Dans le *DSM-IV*, les troubles correspondant à la dépendance aux drogues illégales sont distribués dans cette catégorie de troubles:

- **Les troubles liés à une substance (DSM-IV)**¹⁰

Les critères sont nombreux :

- L'altération du fonctionnement ou une souffrance caractérisée par la tolérance au produit
- La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une durée plus prolongée que prévu
- Le symptôme de sevrage
- La perte de contrôle
- Le désir persistant
- Le temps passé pour obtenir la substance ou se remettre de ses effets
- L'abandon d'activités adaptatives (travail, loisirs)
- La substance continue d'être utilisée malgré la connaissance des problèmes physiques et psychologiques qu'elle peut poser

Des troubles mentaux (dépression, anxiété, trouble des conduites) peuvent précéder et être associés à la consommation de substance.

Il est à noter que L'OMS ne parle pas d'addiction, mais de **dépendance** et établit une liste de critères dans la *CIM-10*.

⁶ VALLEUR, M. (2004). Dictionnaire des drogues et des dépendances. Larousse

⁷ MANUILA, L. (1991). *Dictionnaire médical*. Éditions Masson.

⁸ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (1996)

⁹ Classification Internationale des Maladies (1994)

À quelques nuances près, cette définition et les critères de dépendance sont similaires au *DSM IV*. Simplement, les 7 critères du *DSM-IV* sont condensés en six dans la *CIM-10* qui associe un item supplémentaire concernant le désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance (craving)¹¹:

- Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive
- Difficulté à contrôler l'utilisation de la substance
- Syndrome de sevrage quand le sujet diminue ou arrête la substance
- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance: le sujet a besoin de plus de quantité de produit pour obtenir l'effet désiré
- Abandon progressif d'autres sources de plaisirs et d'intérêts
- Poursuite de la consommation malgré la survenue de conséquences manifestement nocives

Le syndrome de dépendance selon la *CIM-10*:

Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de consommer la substance. Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.

1.2 Le concept d'addiction

Actuellement, on utilise le concept d'addiction pour décrire les troubles liés à une substance ou à un comportement. La définition a évolué en 25 ans.

Le premier à donner une définition de l'addiction est Goodman en 1990 : « *un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir comme fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives* ».

En 1999 Richard décrit l'addiction en ces termes: « *relation de dépendance plus ou moins aliénante pour l'individu, et plus ou moins acceptée, voire parfois totalement rejetée par son environnement social, à l'égard du produit (drogue, tabac, alcool, médicaments), d'une pratique (jeu, sport), voire d'une situation (relation amoureuse)* ».

Pour le GREA (Groupement Romand d'Études en Addiction), l'addiction est la perte de l'autonomie du sujet par rapport à un produit ou un comportement. Elle se caractérise par la souffrance de la personne et des changements de son rapport au monde.

L'addiction résulte d'une interaction entre une personne, des produits et un contexte. Elle ne se résume pas à un problème individuel, mais concerne l'ensemble de la société. C'est pourquoi la politique des dépendances concerne tous les domaines de la politique. Elle fait la promotion de bonnes conditions de vie et soutient l'autonomie des individus.

Addiction vs dépendance

La dépendance correspond davantage à une approche médicale, basée sur des critères diagnostiques. Elle s'intéresse aux symptômes, aux éléments tangibles, objectifs et catégorisables.

¹¹ VARESCON, I. (2005). *Psychologies des conduites addictives, alcoolisme et toxicomanie*. Paris: Belin

Le concept d'addiction propose quant à lui une vision plus large et s'intéresse à la relation d'ensemble entre l'individu et le produit/comportement. On étudie la nature de cette relation, dans une approche qualitative. Il s'agit de déterminer, entre autres, quelle est la part de souffrance et d'aliénation dans le rapport que l'individu entretient avec l'objet de sa dépendance. Plus axé sur les dynamiques comportementales, le concept d'addiction s'intéresse aussi, du point de vue des neurosciences, à la mémoire et au système de récompense du cerveau¹².

Comme l'explicitent ces différentes définitions, l'addiction revêt différents visages et est liée soit à un comportement, soit à une substance. De fait, la toxicomanie est une addiction aux substances illicites.

Du concept d'addiction au terme d'addictologie

Le 3 novembre 1999, un texte modifiant l'arrêté de 1988 relatif à la DESC¹³ paraît. Il rajoute à la liste des DESC déjà existants celui d'addictologie. C'est une reconnaissance officielle de l'existence d'une nouvelle discipline, avec un champ de compétences particulières. Elle implique la mise en place d'un enseignement spécialisé, des recherches spécifiques, l'application de programmes de soins particuliers, une organisation adaptée et la création de structures spécialisées.

L'addictologie se définit comme une «science des comportements de dépendance, envisageant leurs causes et conséquences à la fois sous l'angle de la physiologie et de la génétique, de la psychologie et de la sociologie» (Richard et Senon, 1999).

Cette récente discipline vise au-delà du clivage par produit, à étudier les pratiques de consommation et les conduites addictives en s'intéressant aux mécanismes d'acquisition de la dépendance, notamment à leurs déterminants biologiques, psychologiques et sociaux. L'addictologie a pour finalité d'affiner le traitement et la prévention des différentes pratiques qui la qualifient et d'analyser leurs conséquences économiques et sociales (Reynaud, 2000).

1.3 La question des substances

En cohérence avec le thème de ce travail de Bachelor, je présenterai uniquement les drogues illégales les plus fréquemment utilisées.

Dans un premier temps, il est intéressant de définir ce qu'est une substance psychoactive. Il s'agit d'une substance qui agit avec le psychisme en modifiant le fonctionnement mental, entraînant des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement et diverses fonctions psychologiques et organiques. Littéralement «qui agit, qui donne une direction (trope) à l'esprit ou au comportement (psycho)»¹⁴.

Celle-ci peut être classée selon trois catégories distinctes:

- Les déprimeurs du système nerveux central (SNC), soit les opiacés
- Les stimulants du SNC¹⁵ soit la cocaïne

¹² GREA, définition de l'addiction, issu du site : <http://www.grea.ch/addiction-0>, consulté le 20 avril 2015

¹³ Diplômes d'études spécialisés complémentaires de médecine.

¹⁴ FRANCOIS, A. (2014). *Module Oasis*. Dpt. De Médecine communautaire. Genève : HUG : non publié

¹⁵ Système nerveux central.

- Les perturbateurs du *SNC*, soit le cannabis, les hallucinogènes (LSD) et le MDMA (XTC)

Au sujet des dépresseurs du *SNC*, il s'agit de substances qui entraînent l'ivresse, la désinhibition, la sédation, des modifications de l'humeur, parfois des troubles du comportement. En cas d'usage abusif, la personne sous substance peut souffrir d'une dépression respiratoire. Il est à noter qu'il existe un syndrome de sevrage fort chez les usagers chroniques. Les opiacés, alcaloïdes extraits du pavot, en sont l'exemple le plus connu. Il existe, entre autres, l'opium, la morphine, l'héroïne, la codéine, la méthadone ou encore la buprénorphine.

En premier lieu, ce sont de puissants analgésiques, tant physique que psychique. Ils ont aussi un effet sédatif et euphorisant. La consommation de ceux-ci entraîne également un myosis¹⁶. En cas de surconsommation, ils peuvent engendrer une dépression respiratoire, comme énoncé dans le paragraphe précédent.

La seconde catégorie, soit les stimulants du *SNC* sont consommés en vue d'augmenter les potentialités de l'individu. Lors du sevrage, ce sont les symptômes psychologiques qui prédominent. La cocaïne, alcaloïde issue de *Erythroxylum coca* est la drogue illégale représentative de ce groupe. Celle-ci était déjà utilisée par les Incas pour supporter les effets de la fatigue et de l'altitude.

La cocaïne présente un certain nombre d'effets, tant psychiques que physiques. Sur le premier plan, le produit a un effet euphorisant, facilite la relation à autrui. Il donne la sensation d'hypervigilance, d'activité psychique accrue, diminue le besoin de sommeil, la sensation de faim et de soif, tout comme il peut avoir pour impact une libido accrue, tout du moins à petites doses. Les sujets sous cocaïne peuvent présenter également une agitation psychomotrice, des hallucinations et souffrir de sentiments de persécution et, lors de la «descente», de dépression. Sur l'axe physique, la cocaïne peut provoquer des problèmes cardiaques (tachycardie, infarctus), des accidents vasculaires cérébraux, des atteintes hépatiques, des crises d'épilepsie, une mydriase¹⁷ et des sudations.

Pour terminer, il existe les perturbateurs. Ces derniers modifient l'humeur, peuvent provoquer des troubles du comportement, des illusions, du délire ou des hallucinations. Par contre, en général peu de symptômes de manque sont observés à l'arrêt de la prise de substance. Les perturbateurs les plus largement utilisés sont le cannabis, les hallucinogènes et le *MDMA*.

Au sujet du cannabis, les effets dépendent de la dose, des attentes du consommateur et du contexte dans lequel le produit est consommé. L'action du produit se déploie en deux phases. La première procure une euphorie, un sentiment de bien-être, de calme, d'insouciance, d'altération de la perception du temps, de l'espace, de l'image de soi et soulage la souffrance. La deuxième entraîne un ralentissement physique et mental. La concentration diminue, tout comme la capacité à accomplir des tâches complexes et les réflexes. L'appétit est accru, les émotions sont diminuées ou au contraire l'angoisse exacerbée. De la tachycardie, une hypotension ou une hypoglycémie peuvent apparaître également. Il est à noter que chez les personnes les plus sensibles ou lors d'importantes consommations, le cannabis peut provoquer de l'anxiété, des crises de panique, une désorientation, une crise paranoïde, des bouffées délirantes aiguës, des vertiges, des convulsions, des nausées et des vomissements.

¹⁶ Petites pupilles.

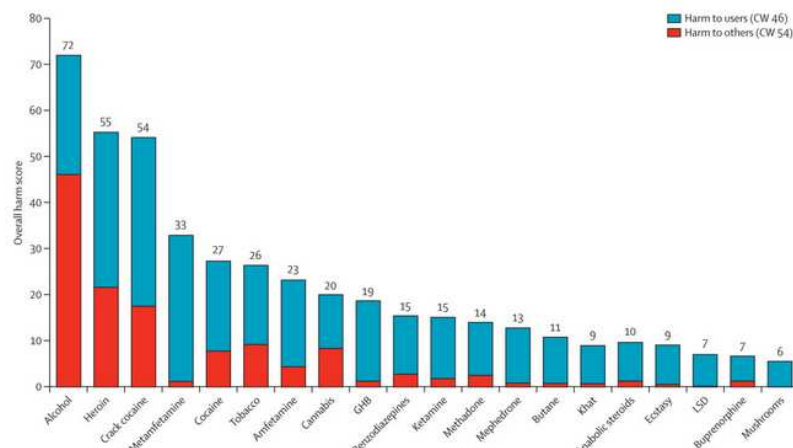
¹⁷ La mydriase caractérise une augmentation du diamètre de la pupille, à l'opposé du myosis

Le *MDMA*, plus communément appelé ecstasy, est un dérivé amphétaminique. C'est un psychostimulant, modificateur des perceptions et un relaxant. Il génère une euphorie et de l'empathie pour autrui, parfois des hallucinations. Les effets secondaires les plus fréquents sont une mydriase, une tachycardie, une sécheresse de la bouche, une tension des mâchoires, des nausées, voire des vomissements. Il est pertinent de relever que des études sont actuellement menées aux États-Unis pour savoir dans quelle mesure le *MDMA* permettrait d'atténuer les angoisses chez les personnes en fin de vie¹⁸. Cette molécule permettrait aussi, dans le cadre des psychothérapies, de revivre des souvenirs douloureux sans être débordé par l'angoisse¹⁹.

La dernière substance est l'acide lysergique plus communément appelé *LSD*. Il se présente sous la forme de buvard ou de pilules. Il provoque des distorsions perceptives, des hallucinations visuelles et auditives. Il est intéressant, en lien avec le sujet de ce travail, de relever qu'une étude est en cours pour les états dépressifs en soins palliatifs²⁰. Tout comme le *MDMA*, des études et des expériences sont menées, dans le cadre des psychothérapies et/ou des soins palliatifs. Pour information, de 2006 à 2012, le médecin Peter Gasser et son équipe suisse ont proposé à des patients en soins palliatifs deux prises espacées de lysergique afin de faire un point sur leur vie, leur famille, leurs amis et les aider à gérer leur anxiété. Les résultats montrent une amélioration significative de l'état psychologique des patients qui se maintient dans le temps, et aucun *bad trip* ne s'est produit durant l'étude. Cette recherche présente un protocole scientifique exemplaire et a été publiée dans le *Journal of Nervous and Mental Disease* (Gasser, 2014)²¹.

Il est utile de relever que les substances présentent un degré de dangerosité inégal. Celui-ci est mesuré selon différents critères, à savoir les dommages physiques, les risques de créer une dépendance ainsi que les dommages sociaux. Sur l'une, par exemple, les opioïdes, la cocaïne, suivi de l'alcool sont considérées comme fortement dangereuses, tandis que les psychostimulants, de type ecstasy et hallucinogènes présentent un danger moyen. Pour terminer, le cannabis est considéré comme faiblement dangereux.

Il est à noter que les échelles peuvent présenter des variations d'un auteur à l'autre. Voici un exemple qui contraste avec le précédent et qui situe l'alcool comme la substance la plus dangereuse :



Les échelles diffèrent selon qu'elles mettent l'accent sur les dangers individuels, collectifs, sociaux et/ou économiques

¹⁸Courrier international, <http://www.courrierinternational.com/article/2005/03/10/de-l-ecstasy-sur-ordonnance-aux-etats-unis>, consulté le 28 juillet 2015

¹⁹ SOS Addictions, <http://sos-addictions.org/actualite-des-addictions/les-drogues-psychedeliques-psilocibyne-lsd-mdma-font-douceur-leur-retour-dans-la-pharmacopee>, consulté le 28 juillet 2015

²⁰ FRANCOIS, A. (2014). *Module Oasis*. Dpt. De Médecine communautaire. Genève : HUG : non publié

²¹ SOS Addictions, <http://sos-addictions.org/actualite-des-addictions/les-drogues-psychedeliques-psilocibyne-lsd-mdma-font-douceur-leur-retour-dans-la-pharmacopee>, consulté le 28 juillet 2015

À noter que chaque personne va se comporter et réagir différemment à la consommation d'un produit donné en fonction de ses caractéristiques individuelles.

Il est à relever, en parallèle des dangers auxquels s'expose l'usager de drogue, que les consommations abusives ou pathologiques de substances illégales entraînent un grand nombre de risques sociaux:

- Délinquance et criminalité (liaison entre usage et délinquance, traitement policier et judiciaire, impact de la réponse pénale...)
- Économie souterraine et petit trafic
- Insécurité (actes de malveillances, violences, incivilités, perception d'insécurité...)
- Corruption
- Exclusion sociale, précarité et prostitution ;
- Difficultés et échecs scolaires ;
- Relations et difficultés familiales ;
- Insertion professionnelle et emploi ;
- Accidents du travail et accidents récréatifs (hors accidents de la route)
- Dommages économiques (baisse des ressources fiscales, coût social de la drogue, etc.)²².

1.4 Toxicomanie et comorbidités psychiatriques

Dans le cadre de ce travail de recherche, il est utile de s'attarder brièvement sur les questions de comorbidité psychiatrique associée à la consommation de drogues illégales. Les éléments suivants présentent un certain nombre de données concernant les troubles anxieux, la dépression ainsi que la suicidalité associés à une consommation de substances²³.

Par exemple, les statistiques révèlent que 22.9 % des personnes addictes présentent une anxiété généralisée. Le tableau de droite met en évidence les liens entre les troubles anxieux et la consommation de substances. Il est aussi intéressant de relever que 13,4 % des personnes présentant une addiction souffrent d'une phobie sociale. De fait, on peut émettre l'hypothèse que cette catégorie de personnes consomme pour faciliter le contact et la mise en relation avec autrui²⁴.

Kushner et al. Am. J. Psychiatry 1990

Types de troubles anxieux	Prévalence dans la population générale	Prévalence dans la population addict
Phobie sociale	1,5%	13,4%
Trouble panique	1,4%	8,3%
Anxiété généralisée	5,8%	22,9%
Agoraphobie	5,9%	12,5%

Formation Oasis 2014-2015 / Dre Rita Manghi / addiction et comorbidité

Les chiffres démontrent une prévalence accrue de troubles psychiques chez les personnes dépendantes

²² LOPEZ & SANSFACON. (2005). Dommages sociaux liés à l'usage de drogues : focus sur les relations et difficultés familiales. France

²³ MANGHI, R. (2014). Module Oasis. *Addiction et comorbidités*. Genève : HUG : non publié

²⁴ MANGHI, R. (2014). Module Oasis. *Addiction et comorbidités*. Genève : HUG : non publié

En lien avec la dépression, 32 % des personnes dépressives développent une dépendance. Il est à noter que le risque de développer une dépression est de 54 % pour un héroïnomanes et de 30 % chez les cocaïnomanes.

Quant au risque de suicide, il est démontré que les tentatives de suicide sont 4 fois plus fréquentes chez les héroïnomanes que dans la population ordinaire. Il convient d'ajouter, en toute logique, que plus le fonctionnement social et psychosocial est pauvre, plus le risque de suicidalité est grand (Rossow et Boyel, 1999).

Il existe notamment deux concepts décrivant les liens étroits entre désordres psychiques et prise de substance. Le premier est le concept d'automédication. Il stipule que le produit est consommé en tant qu'automédication visant à réduire des désordres ou des souffrances psychiques. Dans ce cas de figure, le choix du produit psychogène est moins lié à l'environnement qu'aux effets spécifiques en terme d'automédication. La principale critique émise à cette théorie est le peu de place accordé aux facteurs biologiques et génétiques ou aux facteurs socioculturels prégnants dans la prise de substances. C'est pourquoi il est complété par le concept du modèle biopsychosocial qui lui tient compte des prédispositions génétiques, des interactions avec les facteurs psychologiques et des facteurs environnementaux.

1.5 Toxicomanie et complications médicales

Les pathologies liées à la consommation de drogues illégales, principalement la cocaïne et l'héroïne, peuvent être classées en deux catégories distinctes.

- **Les pathologies spécifiques:**

La première est le *syndrome de surdosage* ou *overdose*, celui-ci est le plus fréquemment observé lors de l'usage d'opiacés. Il en résulte une dépression respiratoire, soit une diminution puis un arrêt de la respiration par blocage du centre de commande cérébral. Des troubles de la conscience y sont associés, de la somnolence au coma.

La deuxième est le *syndrome de manque*. C'est le tableau clinique provoqué par l'arrêt de consommation d'une substance psychoactive chez un individu dépendant à cette substance. Dans le cas d'une dépendance à l'héroïne, il se compose de trois phases distinctes. En premier lieu, il s'agit d'une montée très progressive de l'angoisse et des premières douleurs. Ensuite, des troubles tels que sueurs, angoisse forte, insomnie, secousses et impatience musculaire, diarrhées, douleurs viscérales diffuses apparaissent. Après 3 ou 4 jours, les symptômes diminuent progressivement.

La troisième concerne les *complications psychiatriques*, déjà mentionnées dans le point 1.3. Ces complications consistent essentiellement en des états confusionnels, des états dépressifs ou de véritables psychoses aiguës.

- **Les pathologies non spécifiques:**

Les principales pathologies rencontrées chez les toxicomanes et non directement liées aux produits sont d'origine infectieuse.

Les plus fréquentes sont les *pathologies hépatiques*. En effet, 5 à 15 % des toxicomanes sont porteurs de l'hépatite B (VHB) et 60 à 80 % sont atteints de l'hépatite C (VHC). Il est à noter que le taux

d'infection des hépatites est en baisse, grâce aux moyens mis à disposition par le politique de la réduction des risques (distribution de matériel stérile, local d'injection, traitements de substitution)²⁵. Il ne faut pas oublier le *VIH* (Virus de l'Immunodéficience Humaine), qui concerne malheureusement un grand nombre de personnes toxicomanes. À titre indicatif, 31 nouveaux cas corrélés à une toxicomanie ont été recensés en 2012 en Suisse²⁶.

2. Le concept de la vieillesse

Il est important de comprendre que le concept de la vieillesse développé dans ce début de chapitre considère la vieillesse essentiellement de manière générale. Les liens avec la toxicomanie sont surtout explicités à partir du point 2.6.

2.1 Définitions

La vieillesse «est un état, résultat du processus de vieillissement»²⁷. On la considère comme la dernière étape de la vie. Néanmoins, «il n'existe pas de critère général d'entrée dans la vieillesse, c'est-à-dire de point à partir duquel la vieillesse s'inscrit comme état»²⁸. Cet aspect sera développé au point suivant.

Comme mentionné précédemment, la vieillesse est le résultat du vieillissement. Mais qu'est-ce que le vieillissement? Le vieillissement est un processus qui débute à la naissance et se termine à la mort. Des modifications inéluctables vont s'accompagner de gains et de pertes à gérer. Ainsi, ces changements seront perçus positivement, au cours de l'enfance et de l'adolescence, dans le sens d'un meilleur développement des potentialités. Et au contraire, à l'âge adulte et lors de la vieillesse, ces transformations seront perçues négativement et associées essentiellement à des pertes et à des déficits²⁹. De fait, communément, il est dit qu'un enfant grandit tandis qu'un adulte vieillit.

Le phénomène du vieillissement peut être appréhendé notamment selon trois dimensions en étroites interactions³⁰ :

- **Biologique:** risques accrus de contracter des maladies, modification de l'aspect physique, tels que l'apparition de rides et des cheveux blancs. Le processus biologique du vieillissement, avec ses pertes successives, mène inéluctablement à la mort.
- **Sociale:** changement de statut de personnes actives salariées à celui de retraité, ou encore celui d'homme marié à celui de veuf, par exemple. Sur ce plan social, il est utile de relever les nombreux stéréotypes véhiculés à l'égard des aînés, soit des images de faiblesse, de vulnérabilité, de dépendance, de perte d'intérêt, de maladie, etc. Ces stéréotypes portent préjudice aux personnes concernées.
- **Psychologique:** vieillir est un processus psychologique déterminé par le type de personnalité, l'attitude générale à l'égard de la vie, la capacité de porter un jugement et de prendre des décisions, ainsi que par les stratégies d'adaptation utilisées.

²⁵ MOREL, A, HERVÉ F. & FONTAINE B. (1997). *Soigner les toxicomanes*. Paris : DUNOD. Page 114-124

²⁶ Le temps, hausse de 15 % des cas de sida en Suisse, http://www.letemps.ch/Page/Uuid/88a8ee60-c76f-11e2-ac35-8b264631d434/Hausse_de_15_des_cas_de_sida_en_Suisse_en_2012, consulté le 20 avril 2015

²⁷ HENRAD, J.-C. & ANKRI J. (2003). *Vieillesse, grand âge et santé publique*. Rennes : ENSP. Page 33.

²⁸ CARON, R. (2000). *Comprendre la personne âgée*. Paris : Gaëtan Morin. Page 4-5.

²⁹ CARON, R. (2000). *Comprendre la personne âgée*. Paris : Gaëtan Morin. Page 4.

³⁰ FONTAINE, R. (1999). *Manuel de psychologie du vieillissement*. Paris : DUNOD. Page 1.

Ceci dit, le *comité permanent de lutte à la toxicomanie*³¹ du Québec, dans son guide d'intervention relatif à la toxicomanie chez les aînés, nomme un quatrième niveau, trop souvent omis chez les professionnels du social et du médical. Il s'agit de la dimension **spirituelle**. En effet, tout au long de sa vie, de grandes expériences de croissance et de transformation interpellent l'individu quant au sens à donner à son existence. La spiritualité étant ce contact personnel et intérieur avec une force suprême, qui dicte, oriente les valeurs et les croyances d'un individu et qui permet une plus grande réalisation³².

2.2 À partir de quand est-on vieux?

Comme mentionné dans le point précédent, il est difficile de répondre à cette question, dans la mesure où le moment de l'entrée dans la vieillesse ne peut pas être clairement défini. En effet, les individus ne sont pas égaux face au temps: deux personnes de 75 ans ont le même âge uniquement d'un point de vue comptable, chronologique³³. Il existe différents âges dont voici un bref résumé:

- **L'âge chronologique:** il renvoie à l'âge numérique d'une personne. Dans la plupart des pays occidentaux, l'âge auquel les gens deviennent «vieux» est l'âge de la retraite, soit aux alentours de 65 ans.
- **L'âge physiologique:** une personne sera qualifiée de «vieille» si elle présente des marqueurs tels que les rides, des cheveux blancs ou encore une canne, un déambulateur ou un fauteuil roulant. «La plupart de ces marqueurs sont d'ordre physique et se situent à la surface du corps»³⁴. L'âge physiologique d'un toxicomane vieillissant présente des caractéristiques spécifiques, qui seront détaillées ultérieurement, soit au point 2.6.
- **L'étape de vie:** «Comme son nom l'indique, l'étape de vie est une phase relativement longue comme l'enfance, l'adolescence, l'âge mûr, et ainsi de suite»³⁵. Les étapes de vie sont à mettre en relation avec les événements marquants et les rôles sociaux expérimentés lors du parcours de vie. La vieillesse est la période accompagnée du déclin physique et cognitif et les changements sont observés dans les rôles sociaux en lien avec le travail et la famille.

De plus, nous ne sommes pas égaux face à nos représentations du vieillissement. «Le vieillir est un phénomène profondément subjectif, témoin de la capacité de chacun à appréhender la vie sous les aspects positifs ou au contraire mortifères. Les modifications progressives au cours du temps, qui s'observent dans différents domaines, physique, affectif, psychologique, par exemple, annoncent un vieillissement qui va bouleverser une certaine façon d'être et de vivre. Mais ces modifications n'affectent pas de manière univoque tous les individus»³⁶.

L'entrée dans la vieillesse varie donc considérablement d'un individu à l'autre. Elle dépend à la fois de données objectives (dégradations et/ou modifications physiques) et de données subjectives (représentations que se fait la personne de son propre vieillissement)³⁷.

³¹ CPLT

³² VERMETTE, G. (2001). Fédération Québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. *La toxicomanie chez les aînés : reconnaître, comprendre et agir*. Québec. Page 3-4.

³³ FONTAINE R. (1999). *Manuel de psychologie du vieillissement*. Paris : DUNOD. Page 15-16.

³⁴ CHARPENTIER M., GUBERMAN N., BILLETTE V., LAVOIE J.P., GRENIER A. et OLAZABAL I. (2010). *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*. Canada : Presse de l'Université du Québec. Page 37.

³⁵ CHARPENTIER M., GUBERMAN N., BILLETTE V., LAVOIE J.P., GRENIER A. et OLAZABAL I. (2010). *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*. Canada : Presse de l'Université du Québec. Page 37.

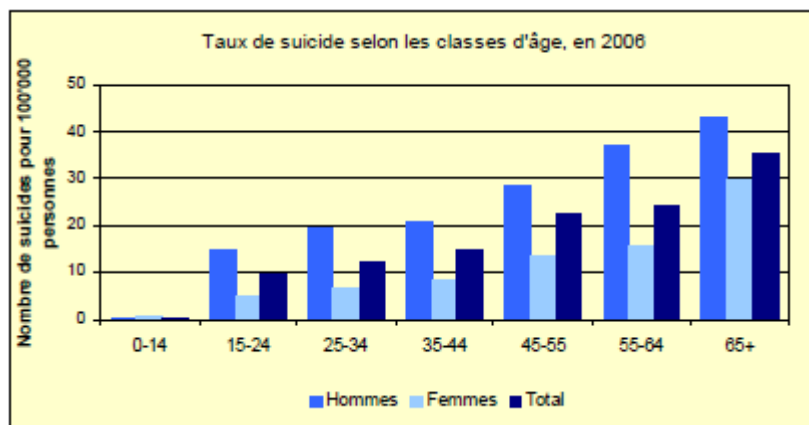
³⁶ CARON, R. (2000). *Comprendre la personne âgée*. Paris : Gaëtan Morin. Page 50

³⁷ FONTAINE, R. (1999). *Manuel de psychologie du vieillissement*. Paris : DUNOD. Page 15.

2.3 Le temps de la retraite, des pertes et du renouveau

Ce point met notamment en évidence les pertes auxquelles peut être exposée la personne vieillissante.

Le premier aspect abordé concerne la retraite, analysé sous un angle mettant davantage en exergue les difficultés. Les possibilités et opportunités offertes lors de la retraite ou d'une manière générale par la vieillesse sont explicitées au point 2.3.4.



Ce graphique démontre le taux de suicide élevé chez les aînés en Suisse

La signification première de la retraite est: «repli» ou «isolement». Au sein d'une société qui valorise le travail, cette étape équivaut malheureusement trop souvent à une exclusion et un retrait de l'individu du monde social. Il est à noter que de nombreux décès coïncident avec l'âge de la retraite. Aux États-Unis, en 1985, le taux

de suicide passe de 20 sur 100'000 à 50 ans à 45 sur 100'000 à 70 ans. En Suisse, à l'heure actuelle, le taux de suicide est conséquent chez la personne âgée. En raison du vieillissement démographique et du prolongement de l'espérance de vie, il est prévu que ce phénomène s'accroisse davantage³⁸.

L'angoisse, due à l'isolement, à la solitude et à la perte des capacités physiques, psychiques et cognitives, peut prendre une grande place dans la vie de la personne âgée. Celle-ci doit aussi assumer des deuils successifs. Effectivement, plus l'âge avance, plus la perte de proches croît.

Il est à noter que les individus vieillissent de manière inégale, en fonction de différents facteurs, tels que, par exemple, la pénibilité de la profession exercée, la situation socio-économique ou encore des facteurs héréditaires. D'une manière plus générale, on peut parler du contexte biopsychosocial qui influe l'individu dans son évolution.

Quoi qu'il en soit, la personne âgée perd graduellement son autonomie, elle recourt à l'aide d'un tiers pour les actes de la vie quotidienne, l'autonomie cède sa place à l'hétéronomie, puisque les règles et les normes émanent d'une entité extérieure. Il est parfois difficile pour la personne concernée d'accepter l'aide. Il est nécessaire de s'ajuster, dans la mesure du possible, aux besoins de la personne dépendante. La personne âgée vit souvent un enchaînement cruel de pertes qui s'accumulent³⁹.

³⁸Observatoire suisse de la santé. OFS, *statistique de l'état annuel de la population*, http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CEUQFiAG&url=http%3A%2F%2Fwww.ecoles-en-sante.ch%2Fdata%2Fdata_580.pdf&ei=OOzJVJvgLlOsOvLYgYAP&usg=AFQjCNG3OEslOSGE4-1fhXrtRCI8V5Czgg&sig2=6smrXoOvqDg84FiMEakepg, page4, consulté le 29 janvier 2015

³⁹ GRAU, CH. (2012). *Module C4, développement de la personne âgée*. Sierre : HES-SO//Valais. Non publié.

Dès lors, on peut supposer que ces pertes représentent des facteurs de risque qui peuvent précipiter la personne vieillissante dans la prise de substances. Il est évident que la toxicomanie accentue et précipite les conséquences liées à la vieillesse. Ce point sera détaillé ultérieurement.

2.3.1 *Caractéristiques physiques du vieillissement*

La peau se marque de rides sur le front et le visage, celles-ci étant plus importantes à partir de 50 ans. De plus, il s'opère une accumulation du cartilage dans le nez et les oreilles. Les cheveux s'affinent, blanchissent et tombent. La taille a diminué de 3 centimètres à l'âge de 70 ans. Le poids tend à augmenter jusqu'à 50 ans, pour ensuite diminuer.

En outre, la musculature subit elle aussi des changements conséquents. En effet, la force diminue, tout comme la tonicité et la flexibilité du sujet. Le vieillissement porte aussi atteinte sur le système cardio-vasculaire et respiratoire. Le muscle cardiaque diminue, l'apport d'oxygène dans l'organisme est réduit. Les artères sont plus petites et moins flexibles. L'endurance aura diminué de 30 % à l'âge de 70 ans. Les os et les articulations sont touchés eux aussi. Les mouvements et les déplacements des personnes vieillissantes sont ralentis, se raidissent. Le taux de calcium dans les os baisse, ce qui induit de l'ostéoporose. Le système digestif perd de son élasticité, les reins perdent la moitié de leurs néphrons⁴⁰.

En plus, le système visuel est marqué par le phénomène du vieillissement. La cornée s'opacifie. Le cristallin se rigidifie, ce qui entraîne une baisse du pouvoir accommodateur. L'acuité visuelle diminue généralement dès l'âge de 45 ans. Le système auditif s'altère également, la sensibilité aux sons faiblit, tout comme la perception de la parole. Le système gustatif, quant à lui, est marqué par des diminutions au niveau de la perception sucrée et salée. La sensibilité olfactive diminue légèrement jusqu'à 70 ans, puis très nettement⁴¹.

2.3.2 *Pathologies du vieillissement*

Les capacités mnésiques du sujet âgé sont affectées. Les personnes vieillissantes présentent par exemple des difficultés lors de résolution de problèmes. Le stockage immédiat des informations est difficile, le choix des stratégies ou leur application est peu efficace.

Les maladies cardio-vasculaires touchent un nombre important de personnes âgées. Les plus fréquents étant les maladies cérébro-vasculaires. Ceci étant, on observe une diminution des maladies cardio-vasculaires au cours des trente dernières années.

Le cancer affecte une partie de la population âgée. La plupart des cancers concernent les poumons, le côlon ou le rectum, le sein ou encore la prostate⁴².

Enfin, 80 % des sujets âgés sont concernées par l'arthrite, les rhumatismes, la goutte ou l'HTA⁴³.

⁴⁰ Le *néphron* est l'unité structurale et fonctionnelle du rein. Il permet la formation d'urine.

⁴¹ GRAU, CH. (2012). *Module C4, développement de la personne âgée*. Sierre : HES-SO//Valais. Non publié.

⁴² GRAU, CH. (2012). *Module C4, développement de la personne âgée*. Sierre : HES-SO//Valais. Non publié.

⁴³ Hypertension artérielle

2.3.3 Perte des rôles

Les points précédents décrivent essentiellement les pertes physiques auxquelles est exposée la personne âgée. Ceci étant, celle-ci doit aussi faire face à la perte de certains rôles. D'une part, il y a la perte du rôle professionnel, comme mentionné précédemment, mais aussi la perte du rôle familial, lors du départ des enfants et du décès du conjoint.

Ce processus a souvent comme corollaires pour la personne concernée:

- L'angoisse de la mort. La fin de l'existence approchant, certains sujets ne supportent pas le sentiment de finitude.
- La peur de la déchéance et de la dépendance. Pour ces personnes, ce n'est pas la mort en elle-même qui est angoissante, mais la mort avant la mort, c'est-à-dire «la déchéance physique et surtout psychique, la dépendance à autrui»⁴⁴.

2.3.4 La vieillesse, le temps du nouveau

Il est utile et nécessaire de terminer ce point 2.5 avec un élément positif. En effet, la vieillesse peut aussi être le temps de l'expérimentation, de l'apprentissage et de la découverte d'autres capacités⁴⁵. C'est « une période qui peut offrir de nombreuses opportunités d'épanouissement personnel »⁴⁶. Elle peut être perçue comme l'âge de la sagesse et de l'expérience, de la sérénité et de la transmission du savoir⁴⁷.

Dans une perspective similaire, J.-F. Lambert, «l'allongement de la durée de vie a entraîné la naissance d'une nouvelle période de vie, prévisible depuis le milieu du siècle dernier [...]: la seniorescence»⁴⁸. Cette période correspond à la dernière phase professionnelle, la sortie de l'emploi et la retraite en bonne santé, souvent très active. Elle s'arrête lorsque la personne devient dépendante et que l'on parle de grand âge ou de quatrième âge.

Pour l'auteur, la seniorescence est cet intervalle de la vie qui permet aux seniors d'être entrepreneurs: «Chaque senior peut apporter sa pierre à la construction d'une société meilleure»⁴⁹. Il est à noter «qu'il n'y a pas une vieillesse, ni un vieillissement, mais des individus à part entière qui, au moyen des ressources et des compétences accumulées jusqu'ici, gèrent leur existence. La vieillesse est plurielle»⁵⁰.

2.4 Statistiques de la population suisse selon l'âge

Ce chapitre et le suivant présentent diverses statistiques en lien avec la population âgée. Il est intéressant et nécessaire de s'attarder sur le phénomène du vieillissement de la population, d'en saisir les caractéristiques et enjeux, pour ensuite effectuer les liens avec la toxicomanie.

⁴⁴ CHRISTEN-GUEISSAZ, E. (1994). *Miroir social, estime de soi au temps de la retraite*. Paris : L'Harmattan, Logiques sociales. Page 20

⁴⁵ HUMBERT, M. (1996). *Guide de la retraite*. Morges : Éditions des Deux Guérites. Page 13

⁴⁶ FONTAINE, R. (1999). *Manuel de psychologie du vieillissement*. Paris : DUNOD. Page 14

⁴⁷ CARON, R. (2000). *Comprendre la personne âgée*. Paris : Gaëtan Morin. Page 11 et 14

⁴⁸ LAMBERT, J.-F. (2011). *La seniorescence entrepreneuriale*. Lyon : Jacques André éditeur. Page 5.

⁴⁹ LAMBERT, J.-F. (2011). *La seniorescence entrepreneuriale*. Lyon : Jacques André éditeur. Page de garde.

⁵⁰ CHRISTEN-GUEISSAZ E. (1994). *Miroir social, estime de soi au temps de la retraite*. Paris : L'Harmattan, Logiques Sociales. Page 219

Le tableau ci-dessous, de 2013, représente la population résidente en Suisse, de manière permanente, selon l'âge⁵¹. La structure actuelle de la population met en évidence, entre autres, le pourcentage élevé d'individus possiblement touchés par une toxicomanie à un âge avancé (40-64 ans) dans notre pays.

Population résidente permanente selon l'âge

A la fin de l'année 2013		
	en milliers	en %
Total	8139.6	*
0-19 ans	1653.5	20.3
20-39 ans	2172.5	26.7
40-64 ans	2880.9	35.4
65-79 ans	1034.0	12.7
80 ans et plus	398.7	4.9
Rapport de dépendance des jeunes	*	32.7
Rapport de dépendance des personnes âgées	*	28.4

Rapport de dépendance des jeunes: nombre de personnes âgées de moins de 20 ans pour 100 personnes âgées de 20 à 64 ans.

Rapport de dépendance des personnes âgées: nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de 20 à 64 ans.

Source: STATPOP

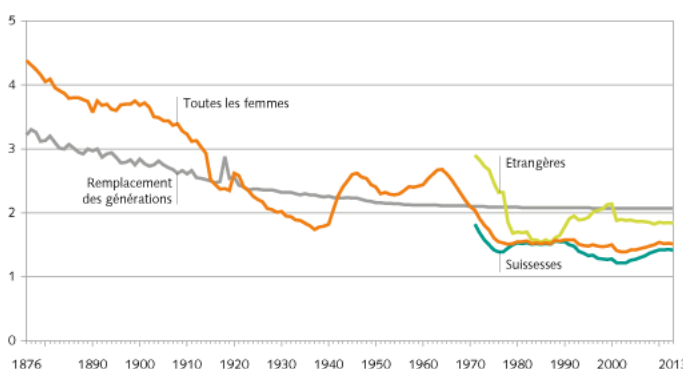
Le tableau met en évidence la proportion importante des personnes âgées de 40-64 ans en Suisse, soit 35,4%.

2.5 Vieillessement de la population

Comme dans la plupart des pays occidentaux, la Suisse enregistre un vieillissement de la population. Ce phénomène est lié à:

- L'allongement de l'espérance de vie: la convergence entre les progrès médicaux, l'amélioration des conditions de vie et de l'élévation du niveau culturel a provoqué une explosion du nombre de personnes âgées⁵².
- La baisse du taux de natalité et de fécondité: la structure de la famille a changé passablement au cours de ces dernières années. Il reste difficile pour les femmes de concilier carrière et rôle de mère. Le tableau suivant illustre l'évolution du nombre moyen d'enfants par femme en Suisse⁵³. En 2013, ce chiffre s'élevait à 1,52 enfant par femme. À titre informatif, celui-ci était à 1,50 en 2009 et 1,53 en 2012⁵⁴.

Nombre moyen d'enfants par femme



Sources: OFS – ESPOP, BEVNAT, PETRA, STATPOP

La baisse du taux de natalité, de la fin du XIX jusqu'à 2013

⁵¹Confédération

suisse,

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/raeumliche_verteilung/kantone_gem_einden.html, consulté le 28 juillet 2015

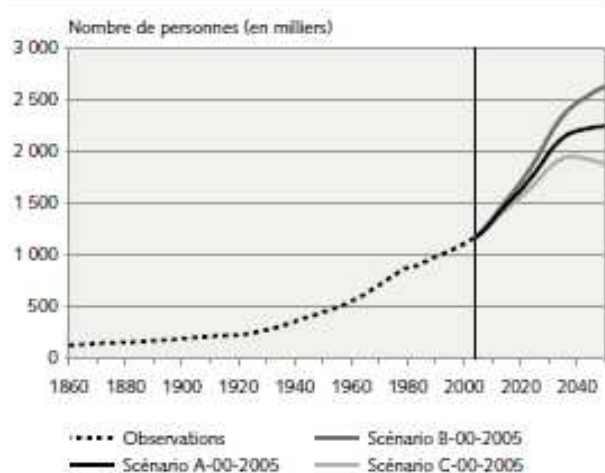
⁵² FONTAINE, R. (1999). *Manuel de psychologie du vieillissement*. Paris : DUNOD. Page 5.

⁵³ Statistique suisse, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/05.print.html>, consulté le 26 janvier 2015

⁵⁴ On parle de remplacement des générations quand le nombre de filles dans la génération des enfants est égal au nombre de femmes dans la génération des parents. À cause du rapport de masculinité à la naissance et de la faible mortalité infantile, le niveau de remplacement est atteint lorsque les femmes ont environ 2,1 enfants dans les pays développés

En Suisse, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus dans la population totale devrait passer d'environ 15 % aujourd'hui à plus de 25 % en 2050. Parmi cette population âgée de plus de 65 ans, c'est la proportion de personnes très âgées (80 ans et plus) qui augmentera le plus. En Valais, le nombre de personnes de 80 ans et plus passera de 13'000 en 2008 à 27'500 en 2030 et 44'000 en 2050. Cette tranche d'âge, qui représente actuellement 4 % du total de la population, en constituera le 8 % en 2030 et le 13 % en 2050⁵⁵.

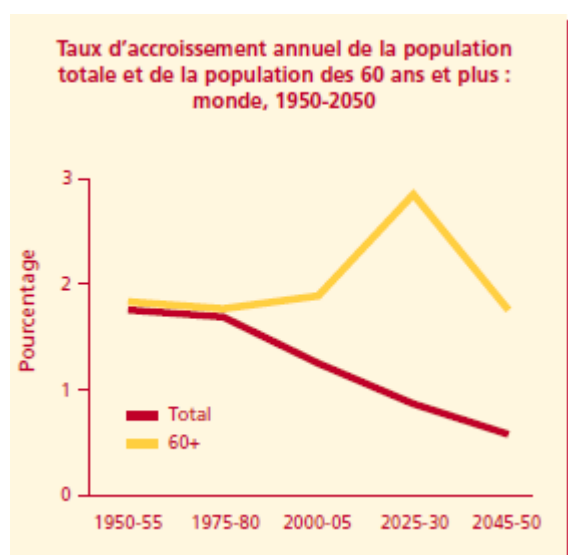
Evolution du nombre des 65 ans ou plus selon les 3 scénarios de base, de 1860 à 2050 **G 27**



Source : OFS/SCENARIO

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Quel que soit le scénario, la proportion de personnes âgées augmentera considérablement avec le temps.



Le vieillissement démographique, phénomène universel.

À l'échelle mondiale, ce vieillissement inéluctable engendre un nouveau visage démographique avec diverses conséquences. C'est un phénomène inédit dans l'histoire de l'humanité. D'ici à 2050, le nombre de personnes âgées dépassera celui des jeunes, pour la première fois dans l'histoire du genre humain. Les estimations se situent aux alentours de 2 milliards.

Sur un plan économique, des répercussions seront relevées sur la croissance économique, l'épargne, l'investissement et la consommation, le marché du travail, les retraites, la fiscalité et les transferts intergénérationnels de richesse, de biens et de soin.

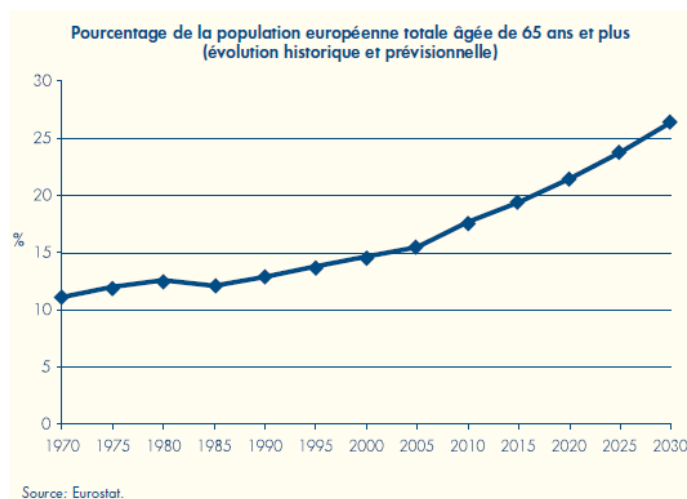
Ce phénomène ne sera pas sans conséquence sur un plan politique. Effectivement, il occupe déjà une place prépondérante dans les pays développés, puisqu'il influe sur les structures de vote et sur la

⁵⁵ OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE (2006). *Les scénarios de l'évolution de la population en Suisse*. Neuchâtel

représentation. En effet, la majorité des électeurs âgés lisent et s'informent ; de fait ils votent dans des pourcentages bien plus importants que toutes les autres classes d'âge.

Le vieillissement de la population a d'ores et déjà des incidences majeures sur tous les aspects de la vie humaine et il est établi que ceci continuera d'évoluer dans ce sens⁵⁶.

2.6 Dépendances aux drogues illégales et vieillesse



Croissance exponentielle du nombre de sujets âgés en Europe, entraînant un accroissement du phénomène de la consommation de substances chez ces derniers.

Les problèmes d'addiction chez la personne âgée s'incarnent principalement dans l'alcool et les médicaments, mais aussi dans certains opiacés (morphine, héroïne) ou d'autres drogues (cannabis, cocaïne, ecstasy). Cette problématique de l'addiction est en lien avec une plus grande vulnérabilité physique et psychique associée au vieillissement, notamment dans la génération du «baby-boom». Comme expliqué et détaillé précédemment, on observe une proportion de sexagénaires en forte augmentation, soit 30 % en Suisse d'ici 2020.

Actuellement, les problèmes d'abus de substances concernent 17 % de la population générale âgée. Ceux-ci ont commencé souvent en raison de la survenue d'événements stressants dans leur vie, comme la retraite, une rupture, la maladie, l'isolement social ou encore un deuil.

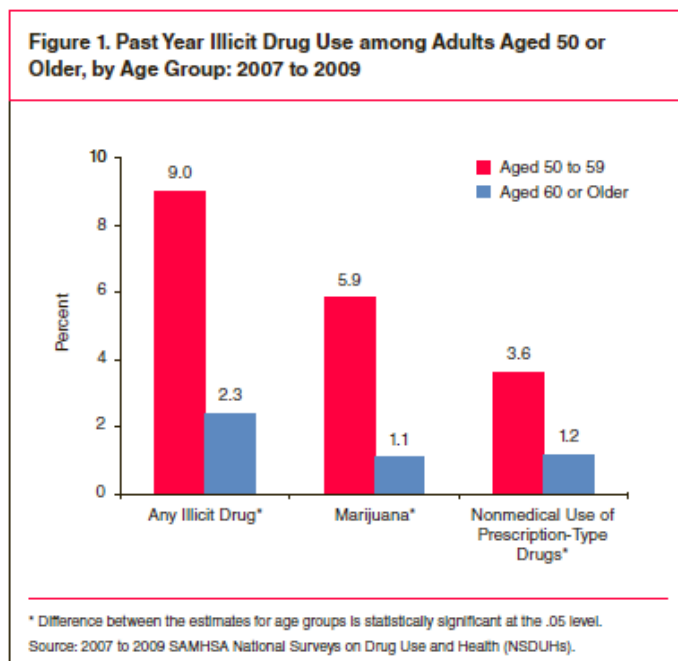
Dans le cadre strict de consommation de drogues illégales, on distingue principalement deux types de population: les anciens usagers arrivant à l'âge de la retraite et les nouveaux usagers dans les zones urbaines. Il est à noter que la consommation de cocaïne augmente de manière significative, soit de 1,2 % et que le cannabis fait également son apparition avec la génération des baby-boomers⁵⁷. Selon de récentes estimations, le nombre de personnes âgées en Suisse connaissant des problèmes liés à la prise de substances ou nécessitant une prise en charge relative à ce type de problématiques devrait plus que doubler entre 2001 et 2020.

Ce phénomène s'explique en partie par la taille de la cohorte du baby-boom et par un taux d'utilisation de substances plus élevé dans cette tranche de la population. Il est tout autant intéressant qu'alarmant que des estimations en provenance des États-Unis prédisent que le nombre de personnes de 50 ans et plus nécessitant un traitement pour usage de drogues illicites pourrait progresser de 300 % entre 2001 et 2020. C'est en raison de l'efficacité grandissante des programmes de substitution par la méthadone conduisant au maintien des patients sous traitement et à la réduction des décès par surdose. Quoi qu'il en soit, il est établi que le nombre de ces sujets âgés va augmenter peu à peu. En Europe, le

⁵⁶Nations Unies (2002). Deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement. Madrid, <https://www.un.org/french/ageing/chap1.pdf>, consulté le 28 janvier 2015

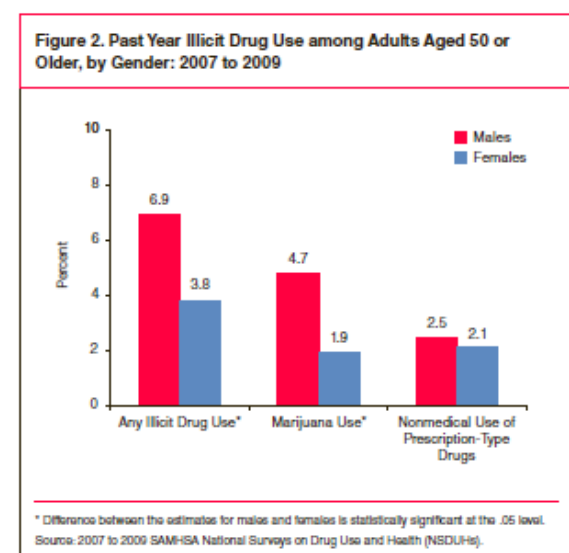
⁵⁷ COHEN, L. (2013). Addictions au 3^{ème} âge : vers une épidémie invisible. Revue Reiso.

pourcentage de patients de 40 ans et plus, traités pour dépendance aux opiacés, a plus que doublé entre 2002 et 2005, passant de 8,6 à 17,6 %⁵⁸.



Usage de drogues illégales de 2007 à 2009, en pour cent et selon les classes d'âges, respectivement 50-59 et 60 et plus.

Les auteurs prétendent également que le nombre de sujets âgés présentant des troubles liés à l'usage de substances illégales pourrait doubler d'ici 2020.



Ce graphique met en évidence les similitudes/différences de genre relatives à l'usage des produits.

Une publication plus récente encore, soit 2011, de l'organisme américain SAMHSA⁵⁹, a mis à disposition un article dans la revue NSDUH⁶⁰ traitant la consommation de substances illicites chez les personnes âgées. Il présente une estimation de la consommation basée sur des données de 2007 à 2009. Les experts estiment que la consommation de cannabis va tripler chez les aînés de 50 ans et plus issus de la génération du baby-boom, entre 1999/2001 et 2020. Ils relèvent aussi la catégorie particulièrement à risques qu'ils représentent en raison des changements physiologiques, psychologiques et sociaux qu'ils doivent surmonter. Lors de l'année écoulée, environ 4,8 millions d'Américains de plus de 50 ans auraient eu recours à une drogue illégale, soit 5,2 % de la population.

L'étude met également en avant un élément très intéressant et peu, voire pas du tout développé dans les articles/études analysés précédemment. Il s'agit des différences de consommation selon le genre. Le résultat démontre que les hommes consomment davantage de cannabis et de drogues illégales que les femmes, que ce soit de 50 à 59 ou chez les 60 ans et plus. Par contre, un usage relativement similaire des drogues non prescrites (médicaments psychotropes) est observé⁶¹.

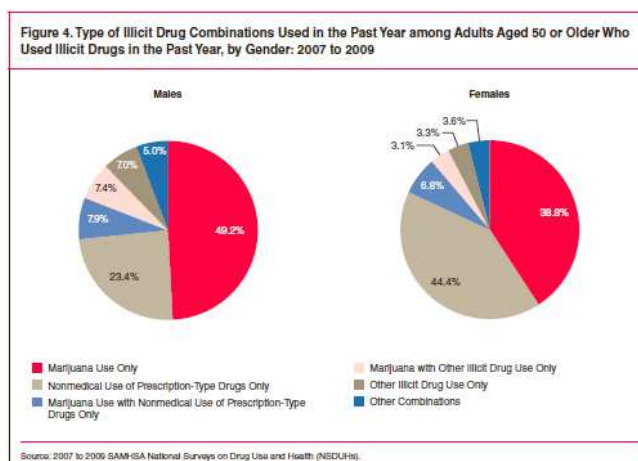
⁵⁸ GOSSOP, M. (2008). Objectif drogues, Briefing de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Consommation de drogues chez les personnes âgées : un phénomène négligé*.

⁵⁹ Substance Abuse & Mental Health Services Administration

⁶⁰ National Surveys on Drug Use and Health

⁶¹ Substance Abuse & Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2011). *The NSDUH Report : Illicit Drug Use among Older Adults*. Rockville, MD.

Dans un souci d'exhaustivité, le tableau ci-dessous résume l'usage détaillé des substances par genre chez les personnes de 50 ans et plus.



Synthèse détaillée des différences/similarités de l'usage de substance selon le genre.

Cet accroissement du nombre d'adultes âgés connaissant des problèmes de consommation abusive va faire peser de nouvelles contraintes sur les services thérapeutiques. Les programmes qui habituellement traitent essentiellement des populations jeunes vont devoir s'adapter aux besoins de cette catégorie plus âgée. Cela pourrait impliquer de modifier les formes de traitements actuelles, ou d'en développer de nouvelles. Les traitements devraient être en particulier plus attentifs aux conditions de comorbidités auxquelles sont exposés les sujets âgés⁶².

En conclusion, quand bien même les experts articulent des chiffres pas nécessairement concordants, ils affirment à l'unanimité que la problématique du sujet âgé toxicomane est un phénomène négligé, qui prendra de l'ampleur et qui nécessitera des réponses adéquates de la part des professionnels de la santé. Sur le plan du travail social, il est évident que le rôle et les pratiques des éducateurs devront elles aussi évoluer de manière à répondre de manière optimale et adéquate aux besoins des personnes toxicomanes vieillissantes. De quelle manière? Quelles compétences spécifiques cela implique? Autant de questions auxquelles l'analyse des données de ce travail apportera des réponses.

2.6.1 Particularités et risques spécifiques de la personne âgée

Comme détaillé dans les chapitres précédents, le processus du vieillissement s'accompagne souvent de divers problèmes sociaux, psychologiques et physiques. La plupart de ceux-ci constituent des facteurs de risque conduisant à l'abus de substances qui accentuent davantage encore les difficultés biopsychosociales.

Les problèmes sociaux peuvent être liés à un deuil, à l'isolement ou encore des difficultés financières. Sur un axe psychique, il peut s'agir de dépression, de solitude, de perte de mémoire, de déficiences cognitives, de démence ou encore de confusion mentale. Ceci peut être lié à la perte de mobilité, aux chutes, au manque d'autonomie et un mauvais état de santé général. Le vieillissement entraîne donc un risque accru d'états douloureux, ce qui peut induire un usage de substances.

⁶² GOSSOP, M. (2008). Objectif drogues, Briefing de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Consommation de drogues chez les personnes âgées : un phénomène négligé.*

À mesure que les usagers de drogues vieillissent, nombreux sont ceux qui développent des pathologies graves ou fatales, et certains risquent de recourir à des produits psychoactifs pour y faire face. La nécessité de procurer des soins palliatifs aux consommateurs soulève des problèmes particuliers dans le monde médical et social. On sait peu de choses sur la manière de répondre au mieux aux besoins de cette population⁶³.

2.6.2 Toxicomanie, âge avancé et pathologies spécifiques

Les toxicomanes âgés vieillissent précocement. Une longue carrière de toxicomane accentue et accélère le processus de vieillissement, si bien que l'état de santé d'un usager de drogues (héroïne, cocaïne) de 50 ans peut facilement correspondre à l'état de santé généralement observé chez une personne ordinaire âgée de 70 ou 80 ans. Effectivement, ces personnes souffrent fréquemment d'hépatites non traitées. Ce qui peut entraîner de graves complications après 20 ans.

Le VIH⁶⁴ concerne également trop souvent ce type de bénéficiaires. L'âge en lui-même semble avoir un impact négatif sur l'évolution de la maladie, en ce sens que l'infection au VIH progresse plus vite et que les réponses au traitement (trithérapie) sont moins bonnes. Le VIH accroît aussi le risque de cancer. Enfin, la prévalence de démence est augmentée chez les patients VIH-positifs⁶⁵.

En ce qui concerne les autres pathologies fréquemment rencontrées avec ce type de bénéficiaires, on peut relever les problèmes de tension élevée, les difficultés sur le plan cardiaque, les maladies du métabolisme dues à une insuffisance du foie, le diabète, des abcès, de l'ostéoporose ou encore la réduction de la masse musculaire.

De même que les modes de vie adoptés par les toxicomanes pendant des décennies, comme le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, une mauvaise alimentation et un manque d'activité physique qui accélère encore de manière drastique le phénomène de vieillissement chez les aînés toxicomanes.

Il est à noter que leur état mental est tout aussi précaire, les toxicomanes vieillissants souffrent principalement de dépression et de démence précoce⁶⁶.

Pour terminer, il faut savoir que les sujets âgés métabolisent les drogues plus lentement et qu'avec l'âge le cerveau est plus sensible à leurs effets. Ce qui induit des changements dans le fonctionnement des récepteurs cérébraux. Ces incidents peuvent avoir des répercussions telles qu'accroître la gravité des déficiences neurocognitives qui accompagnent le vieillissement⁶⁷.

3. Les politiques publiques

Ce chapitre dresse un état des lieux de la politique en vigueur pour lutter contre le fléau de la drogue. L'aspect historique et l'évolution des courants idéologiques sont aussi abordés.

⁶³ GOSSOP, M. (2008). Objectif drogues, Briefing de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Consommation de drogues chez les personnes âgées : un phénomène négligé*.

⁶⁴ Virus d'Immunodéficience Humaine

⁶⁵ OFSP (2007). *Questions d'âge, lorsque les toxicomanes prennent de l'âge*. Berne : Revue SPECTRA

⁶⁶ OFSP (2007). *Questions d'âge, lorsque les toxicomanes prennent de l'âge*. Berne : Revue SPECTRA

⁶⁷ GOSSOP, M. (2008). Objectif drogues, Briefing de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Consommation de drogues chez les personnes âgées : un phénomène négligé*.

3.1 De l'abstinence à la réduction des risques: conflits autour d'une nouvelle politique

Une politique de la drogue en Suisse est formulée pour la première fois en Suisse suite à la Convention internationale de l'opium de La Haye au début du XXe siècle. Celle-ci instaure un régime international de contrôle et de surveillance de la production et de la vente d'opium, de morphine, d'héroïne et de cocaïne.

La Suisse ratifie cette convention en 1924, ce qui se traduit par l'adoption de la première Loi Fédérale sur les Stupéfiants. Jusqu'à la fin des années soixante, on punissait la production, la vente et l'usage de stupéfiants à des fins autres que médicales. Face à l'explosion d'infractions à la Loi sur les Stupéfiants dans les années septante, qui présente désormais la drogue comme un véritable problème social, les autorités réagissent par un renforcement des actions répressives. Le cadre législatif en vigueur n'évoque rien sur la consommation. En 1973 a lieu une révision partielle de la LFstup⁶⁸. Cette révision vise d'une part à la pénalisation de l'usage de produits illicites, d'autre part à attribuer des compétences à la Confédération pour «favoriser les mesures prises par les Cantons et d'autres milieux en matière de recherche scientifique, d'information de la population, de consultation, d'assistance, de traitement et de réintégration des personnes touchées⁶⁹.»

La nouvelle loi entre en vigueur en 1975. Elle prévoit de pénaliser la consommation, tout comme les dispositions pénales permettent d'alléger les peines dans les cas bénins. Par exemple, les poursuites pénales peuvent être suspendues si le consommateur est sous traitement médical, ou encore un juge peut commuer une peine en traitement dans une maison de santé. Cette nouvelle loi est considérée comme une solution qui applique équitablement les trois principes: «punir, guérir, prévenir» (Boggio, 1997). Les personnes toxicomanes doivent être soignées, contre leur gré si nécessaire et toute consommation de drogues dangereuses doit impérativement être évitée. C'est selon certains observateurs, le paradigme de l'abstinence. (Clémence et Gadiol, 1993).

Ce paradigme est défendu par les acteurs de la répression, c'est-à-dire les procureurs, les tribunaux et la police, tout comme une bonne partie des professionnels issus du secteur médical et social.

Cependant, certains travailleurs sociaux constatant les conditions sociales difficiles et l'état de santé très mauvais des consommateurs de drogues identifient comme responsable la politique de prohibition et en particulier la criminalisation des consommateurs. Sous l'influence des théories sociologiques de l'étiquetage et de la stigmatisation, les travailleurs sociaux estiment que «la déviance n'est pas simplement le fait de ne pas se conformer aux normes, mais tout autant la conséquence d'une étiquette qui est collée au dos du déviant par ceux qui le repèrent et le traitent» (Durant & Weil, 1981). Becker parle aussi de personnes qui se guérissent elles-mêmes de leur dépendance, qui lorsqu'ils y parviennent, constate avec déception que la société continue à les traiter comme des toxicomanes: ils ne retrouvent ni travail, ni réseaux de sociabilité et rechutent rapidement (Becker, 1985).

Selon les travailleurs sociaux qui adhèrent à ce concept, le paradigme de l'abstinence fait plus de mal que de bien. D'un côté, l'interdiction légale a créé un marché noir, qui permet aux trafiquants des bénéfices immenses et de l'autre côté, il oblige les toxicomanes à commettre des crimes, puisqu'aucun

⁶⁸ Loi Fédérale sur les stupéfiants

⁶⁹ Message du Conseil fédéral concernant une modification de la loi sur les stupéfiants du 9 mai 1973

travail ne permet de générer suffisamment de profit pour financer une consommation quotidienne. À ce phénomène s'ajoute la répression policière qui stigmatise les consommateurs sur un plan social.

Cependant, il faudra attendre les années 1980, avec l'apparition du sida pour constater l'émergence d'une nouvelle approche. Au milieu des années 80 est enregistré un taux de séropositivité élevé parmi les toxicomanes injecteurs, en raison de la pratique très répandue à l'époque, du partage de seringue. Les spécialistes de santé publique craignent une propagation du virus dans la population par l'intermédiaire de la prostitution toxicomane. Il est donc urgent de diminuer les cas d'infection dans les milieux de la drogue. C'est ainsi que naît l'idée des actions à bas seuil, par exemple, basées sur leur proximité avec les lieux et les modes de vie des consommateurs de drogues. Dans un premier temps, ces interventions sont menées, au niveau local, dans les villes les plus touchées, comme Berne, Bâle ou encore Zürich. L'administration publique ne soutient majoritairement pas ces actions, puisqu'elle continue à défendre le paradigme de l'abstinence. Exception faite de la ville de Zurich, qui réalise des actions bas seuil sur initiative de la municipalité. Néanmoins, petit à petit et sous l'impulsion d'acteurs convaincus issus du domaine privé, regroupé en coalition, le principe de réduction des risques convainc. La nouvelle approche commence ainsi à pénétrer dans les instances étatiques. Des intervenants de terrain commencent à être recrutés au sein de l'administration. Ils y occupent des postes clés relatifs aux actions menées dans le domaine de la toxicomanie.

Dès 1985, l'Office fédéral de la santé publique déploie des activités qui visent à la consolidation de la nouvelle approche au niveau national, notamment des campagnes de prévention du sida auprès de consommateurs de drogues.

En 1989, une sous-commission «drogue» de la Commission fédérale a pour mandat de formuler des recommandations pour réorienter, si besoin, la politique de la Confédération en matière de drogues. Elle suggère une différenciation entre drogues dures et douces, une dépénalisation de la consommation de drogues illicites, une répression plus sévère du trafic, des interventions de bas seuil pour freiner l'extension du sida, la prescription de drogues de substitution ainsi que l'encouragement à la recherche scientifique.

Deux ans plus tard, un paquet de mesures est adopté, conformément à l'avis des experts de la sous-commission, mise à part la dépénalisation de la consommation de stupéfiants. Pour la première fois au niveau fédéral sont appliquées des mesures qui n'exigent pas l'abstinence, et consacrent l'hégémonie de la coalition de la réduction des risques sur la coalition de l'abstinence. C'est l'avènement de la politique dite des quatre piliers — prévention, thérapie, réduction des risques et répression —, appliquée en Suisse depuis le début des années nonante. Cette politique inspire d'autres pays, notamment l'Espagne et le Portugal, qui adoptent des modèles moins répressifs et plus humanistes. En effet, la personne toxicodépendante est considérée comme une personne malade qu'il faut soigner et non pas comme un criminel⁷⁰.

En 1993, l'évolution se poursuit, avec un accent nouveau porté sur les mesures sociales de réduction des risques, c'est-à-dire le logement et le travail, et non plus strictement le risque infectieux des hépatites et du sida. En parallèle, les premières bases juridiques concernant la prescription médicale d'héroïne sont établies dès 1994, avec un début des traitements en 1996. L'impact de ces nouvelles

⁷⁰ KENNEL, S. et MACH, PH. (2014). Drogue, la fin de la prohibition. *Temps Présent*. RTS. Issu du site : <http://www.rts.ch/video/emissions/temps-present/5798388-drogue-la-fin-de-la-prohibition.html>

mesures fait l'objet de régulières évaluations mandatées par l'OFSP. Les résultats démontrent clairement la faisabilité et l'efficacité de la stratégie de réductions des risques et des dommages⁷¹.

En 1999 et à nouveau en 2008, la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, la CFLD, fournit une analyse des problèmes et des solutions possibles en relation avec l'usage du cannabis et pose les principes généraux d'une future politique suisse des dépendances. Le contenu figure dans deux rapports, respectivement *psychoaktiv.ch* (CFLD 2006) et *Défi addictions* en 2010 (OFSP 2011)⁷².

Pour les experts, il est prioritaire de limiter les dommages pour l'individu, son entourage direct et la société. Cet objectif s'incarne dans six réorientations de la politique suisse des addictions. Premièrement, penser *au-delà de la dépendance*, c'est-à-dire inclure la consommation problématique et les modes de consommations en constante évolution et non pas uniquement prendre en compte la dépendance. En second lieu, penser *au-delà du statut légal*, donc évaluer les substances en fonction des dommages qu'elles engendrent, sans tenir compte du fait qu'elles soient légales ou non. Ensuite, cette politique doit inclure les comportements à potentiel addictif, *au-delà des substances psychoactives*. Le quatrième principe propose de faire en sorte que les choix soient plus simples, plus attractifs et meilleur marché pour les citoyens (*au-delà de la responsabilité individuelle*). La cinquième recommandation — *au-delà de la jeunesse* — stipule de prêter une attention particulière à la protection de la jeunesse, tout en rappelant que les dépendances et les comportements à problèmes ne se limitent pas aux jeunes. Pour terminer, cette politique des addictions ne devrait pas se limiter à des mesures relevant de la politique de la santé, mais inclure également les domaines politiques qui peuvent avoir une influence décisive sur la politique des addictions⁷³.

4. Traitement des troubles liés à une substance

Le point 4 présente les différents moyens de traiter la consommation abusive de substances psychoactives.

4.1 Les traitements biologiques

Ces traitements ont été développés surtout dans le but d'altérer les effets psychoactifs des substances qui ont occasionné la dépendance. Le médicament peut par exemple couper l'effet agréable lié à la consommation d'un produit donné, alors que d'autres molécules possèdent certaines des propriétés positives du produit dangereux (par exemple réduire l'anxiété), mais pas celle de générer une dépendance.

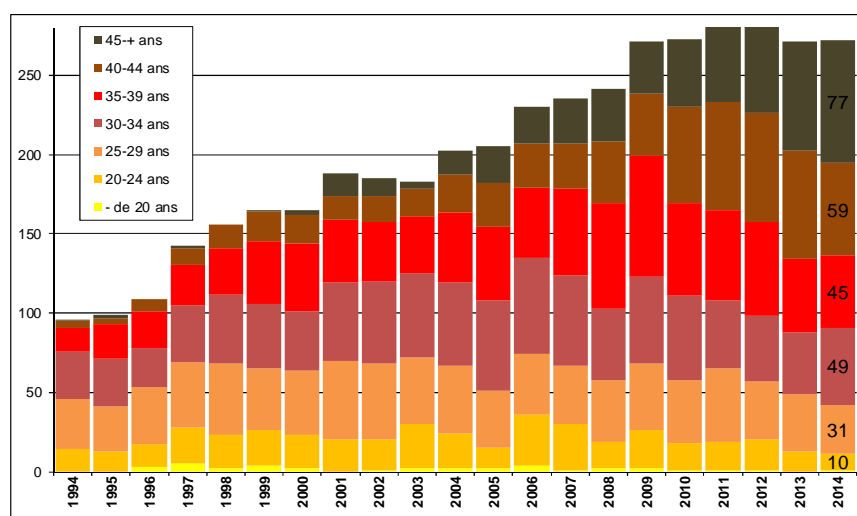
⁷¹ KÜBLER, D. (2000). Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé. Paris : L'Harmattan.

⁷² COMMISSION FÉDÉRALE POUR LES QUESTIONS LIÉES AUX DROGUES.(2012). La politique drogue en tant que politique de société. Genève : Seismo.

⁷³ Office fédéral de la santé publique (2010). Défi addictions : fondements d'une approche durable de la politique des addictions en Suisse. Berne : Groupe de pilotage.

4.1.1 Substitution agoniste

La substitution agoniste propose aux patients une drogue sûre, possédant la même structure chimique que la drogue dangereuse. La méthadone est un exemple bien connu et fréquemment employé dans le cas de substitution à l'héroïne. La méthadone est un narcotique synthétique, développé en Allemagne durant la Seconde Guerre mondiale parce que trop peu de morphine était disponible pour traiter les blessés. Son nom original était l'*Adolphine*, d'après le nom d'Adolphe Hitler (Bellis, 1981). Les recherches semblent démontrer que les héroïnomanes sous méthadone et suivant une psychothérapie réduisent tant leur consommation que leurs activités criminelles (Ball & Ross, 1991). Ceci étant, au-delà des bénéfices de ce traitement, certains individus sous méthadone peuvent devenir dépendants toute leur vie. En ce qui concerne le canton du Valais, le tableau ci-dessous, proposé par le service de la santé publique, représente les statistiques méthadone sur 10 ans, soit de 1994 à 2014⁷⁴.



Le tableau met clairement en évidence la tendance au vieillissement. En effet, un seul patient de plus de 45 ans est sous méthadone en 94, 15 en 2004 et 77 en 2014 !

4.1.2 Traitements antagonistes

Les médicaments antagonistes stoppent les effets recherchés par la consommation de substances psychoactives. Par exemple, le *naltrexone* est parfois administré à des personnes dépendantes aux opiacées. Celui-ci, en plus de couper les effets euphorisants de l'héroïne, provoque immédiatement des symptômes de sevrage très pénibles. Aussi, il est préférable que le patient soit préalablement sevré. Enfin, ces traitements présentent une réussite limitée et ne peuvent être considérés comme une thérapie en soi. Ils ne sont donc, au final, qu'un additif utile à d'autres efforts thérapeutiques.

4.1.3 Autres traitements biologiques

En cas de sevrage pénible à l'alcool ou aux drogues, les médecins prescrivent régulièrement, soit des hypotenseurs, soit des sédatifs, tels que les benzodiazépines. De mon point de vue, administrer ce type de molécules à une personne toxicodépendante, doit se faire sous un contrôle strict et de courte durée, étant donné le grand pouvoir addictogène⁷⁵ des benzodiazépines.

En lien avec une addiction à la cocaïne, il arrive que du *désipramine* soit prescrit. C'est un antidépresseur. Une étude (Gawin, 1989) a révélé que 41 % de ceux qui ont bénéficié de ce traitement

⁷⁴ Canton du Valais (2015). Service de la santé publique : MEDROTOX.

⁷⁵ C'est la capacité d'induire une pharmacodépendance.

ont été incapables de demeurer abstinents plus de 1 mois⁷⁶. L'efficacité de ce traitement peut donc être remise en cause...

4.2 Les traitements psychosociaux

Les traitements biologiques sont efficaces. N'en demeure pas moins qu'ils doivent s'associer à un soutien social ou à une intervention thérapeutique pour fonctionner. Une pléthore de modèles existe.

4.2.1 Les structures résidentielles

Le principe des structures résidentielles est de permettre aux pensionnaires de surmonter la période initiale du sevrage, pour ensuite proposer des outils et un soutien thérapeutique permettant de retourner, mieux armés, dans la communauté (Morgan, 1981). Dans les années nonante s'est posée la question de l'efficacité des structures résidentielles par rapport à un suivi ambulatoire, en raison de la différence de coût conséquente entre les deux modèles. La recherche, effectuée alors aux États-Unis, prétend qu'il n'y aurait pas de différences entre les programmes intensifs résidentiels et des programmes ambulatoires de qualité. Je dois admettre que je suis sceptique face à cette étude. De mon point de vue, en cas de graves troubles liés à une substance, les prises en charge ambulatoires atteignent rapidement leurs limites tandis qu'un suivi résidentiel offre davantage de moyens à la personne dépendante.

4.2.2 Les alcooliques anonymes et leurs variations

Ce modèle est actuellement le plus populaire pour le traitement de l'abus de substances. Il a été établi en 1935, par deux médecins, eux-mêmes alors alcooliques. La fondation des AA repose sur la thèse selon laquelle les alcooliques doivent reconnaître leur dépendance, ainsi que son pouvoir destructeur. Cette dépendance est plus forte que la volonté individuelle. Dès lors, il est nécessaire de s'appuyer sur d'autres afin de surmonter ses propres faiblesses. Cette association est indépendante de la communauté médicale. Enfin, le support social lié aux rencontres de groupe est un élément important du programme. Celui-ci est constitué de 12 étapes, qui se fondent passablement sur la prière et la croyance en Dieu. Il est à noter l'importance des AA. En effet, en 1999, sont recensés plus de 97 000 groupes, dans 100 pays dans le monde (Emrick, 1999). Ce programme initial fait des émules puisqu'il existe aussi des groupes tels que les *Narcotic Anonymes*, les *Cocaïnomanes Anonymes* ou encore les *Workaholics Anonymous*⁷⁷.

Ces traitements sont clairement efficaces et appropriés pour une certaine catégorie de personnes, mais évidemment d'autres approches sont nécessaires pour les personnes qui réagissent mal au programme des AA.

4.2.3 Usage contrôlé

Les modèles du point précédant proposent une abstinence totale. Néanmoins, certains chercheurs contestent ce principe et sont persuadés que des personnes dépendantes sont capables de devenir des consommateurs occasionnels, ou du moins baisser et stabiliser un seuil moindre de consommation. Cette théorie fait l'objet de nombreuses controverses. Quelques pays la valident et l'emploient, comme la Grande-Bretagne, alors que d'autres la réfutent, par exemple les États-Unis... Par ailleurs, des chercheurs concluent au terme d'une étude, en 1993, que la consommation contrôlée

⁷⁶ RODUIT, J.-M. (2014). Module G7, troubles liés à une substance. Sierre : HES-SO//Valais. Non publié.

⁷⁷ Groupe spécifique fondé pour les personnes qui souffrent dans leur relation au travail

n'est ni plus ni moins efficace que l'abstinence et qu'aucune de ces deux approches ne réussit à long terme pour 70 % à 80 % des patients⁷⁸.

4.2.4 Innovations dans les prises en charge des toxicomanes vieillissants

En Suisse, le reportage de l'émission «mise au point» du 1 mars 2015, intitulé «papys junkies» permet notamment de découvrir le quotidien d'une personne toxicodépendante âgée de 70 ans. Cet usager est au bénéfice du programme *PEPS*⁷⁹ à Genève. C'est-à-dire qu'il s'administre de l'héroïne matin et soir, payée par son assurance maladie. Cette prise en charge lui permet de retrouver de la dignité et lui évite de devoir courir après ses doses dans la rue. De fait, il peut consacrer du temps à ses petits-enfants, à l'entretien de son logement et à ses courses. Il est très reconnaissant d'être encore en si bon état de santé grâce au programme. Selon lui, la toxicomanie est une maladie et au même titre qu'un diabétique a de l'insuline, le toxicomane doit pouvoir recevoir de l'héroïne.

C'est donc un fait, les toxicomanes vieillissent et ce phénomène implique de nouveaux enjeux au niveau politique, social et médical. Le débat a déjà commencé. Les *EMS* pourraient être une solution s'ils étaient adaptés à ce nouveau type de bénéficiaires. À ce sujet, un *EMS*, situé à Spiez, dans l'Oberland bernois, ouvre une voie.

En effet, l'institution accueille une vingtaine de toxicomanes parmi les 180 bénéficiaires, dans une tentative de mixité sociale. Les usagers ont entre 40 et 70 ans. Néanmoins, la vie dans la rue et les consommations répétées de drogues ont accéléré le processus de vieillissement, si bien que dans leur corps, ils ont plutôt 90 ans. Il est à noter que c'est une expérience pionnière en Suisse qui a débuté il y a une dizaine d'années. Le directeur explique que les toxicomanes sont acceptés parmi les résidents, et qu'au même titre que n'importe quelle personne âgée, les toxicomanes vieillissants ont besoin et droit à des soins.

Les Pays-Bas vont encore plus loin. Effectivement, à La Haye, les toxicomanes disposent de leur propre maison de retraite, baptisée «Woodstock». C'est unique au monde. Trois critères d'admission sont exigés: avoir 45 ans, être sans domicile fixe et avoir échoué dans les cures de désintoxication. Les résidents ont la possibilité de travailler dans le centre et perçoivent un salaire avec lequel ils achètent de la drogue. Ils peuvent consommer en toute liberté dans la structure. L'approche se veut pragmatique et non morale. Le but étant de réduire les risques et non pas de changer les gens⁸⁰.

4.2.5 Les neurosciences

Les années à venir verront peut-être d'autres formes de soins pour les personnes présentant une addiction pathologique.

En effet, il est intéressant de mentionner dans ce travail de recherche que des souris rendues dépendantes à la cocaïne ont été soignées grâce à une stimulation cérébrale profonde réalisée en association avec l'administration d'un médicament bloquant l'action de la dopamine, un neurotransmetteur impliqué dans le système de récompense. Les drogues modifient les circuits de transmission au niveau des synapses, dérégulant le fonctionnement du cerveau et induisant un

⁷⁸ RODUIT, J.-M. (2014). Module G7, troubles liés à une substance. Sierre : HES-SO//Valais.

⁷⁹ Programme Expérimentée de Prescription de Stupéfiants.

⁸⁰ ROULET, F. (2015). Papys junkies. *Mise au point*. RTS. Issu du site : <http://www.rts.ch/emissions/mise-au-point/6476230-les-mini-maisons-papys-junkies-requerants-a-chevrilles.html>

comportement pathologique. L'équipe de Cristian Lüscher, professeur au Département de neurosciences fondamentales, a démontré en 2014 qu'il est possible de corriger cette modification synaptique. La manipulation a permis de rétablir une communication normale entre les cellules nerveuses des rongeurs, dont le comportement est redevenu ordinaire.

La suite des recherches consistera à vérifier si les effets observés chez les souris peuvent être similaires chez les primates et chez l'être humain⁸¹.

E. Méthodologie

Au début de ce point 5, je commence par expliciter les hypothèses qui se sont affinées et étoffées avec les apports issus du cadre théorique. Ensuite, je décris les terrains d'enquête de ma recherche, les données que j'envisage d'exploiter, la manière d'y accéder ainsi que le type de méthodes de récolte d'informations utilisées.

1. Questions de recherche et nouvelles hypothèses

À la lumière des nombreux apports issus de l'élaboration du cadre théorique, je suis en mesure d'étoffer ma question de recherche et les hypothèses y relatives avec de nouveaux axiomes.

1.1 Question de départ

«Quels sont les institutions, le rôle et les pratiques de l'éducateur qui travaille auprès de toxicomanes vieillissants en Valais?»

1.1.1 Hypothèses sur la prise en charge organisationnelle de cette population

Le Valais, à l'heure actuelle, ne dispose pas de structure organisationnelle (c'est-à-dire institution ou unité/secteur ou encore prise en charge quotidienne spécifique) qui est spécifique aux personnes toxicomanes âgées.

- Dans les institutions/organisations actuelles accueillant des personnes toxicomanes âgées en Valais, elles sont mélangées à d'autres publics.
 - o *Ceci pose problème à l'institution et/ou aux professionnels les accueillant, car leurs besoins en prise en charge ne sont pas similaires.*
- Au sein des institutions/organisations accueillant des personnes toxicomanes âgées en Valais, il n'y a non plus pas d'unités/secteurs et/ou de prises en charge spécifiques prévues au niveau institutionnel/organisationnel pour ces personnes.
- Le passage de personnes toxicomanes âgées d'une institution à une autre institution se pose particulièrement à leur entrée en âge AVS.:
 - o *Ceci pour des raisons de financements publics de la prise en charge des personnes toxicomanes qui passent en âge AVS.*

⁸¹ UNIVERSITÉ DE GENÈVE (2015). Stimuler le cerveau pour soigner l'addiction. *Campus*, No 120, p.6

Cette première hypothèse se justifie suite à mes entretiens exploratoires qui ont suggéré que rien n'existait encore de manière spécifique pour les toxicomanes âgés dans le canton du Valais. En opposition avec certaines grandes villes suisses qui ont mis sur pied des structures spécifiques.

1.1.2 Hypothèses sur la prise en charge concrète par les divers professionnels

Bien que l'institution accueillant des personnes toxicomanes âgées ne prévoie pas d'unités/secteurs et/ou de prises en charge spécifiques pour celles-ci, les professionnels essaient dans leur travail concret/réel de répondre à leurs besoins spécifiques:

- Sont concernés tant les professionnels de la santé (par exemple, au niveau médical, psychiatrique, psychologique, etc.) et/ou du travail social (éducateurs, assistants sociaux, animateurs).
- Les travailleurs sociaux œuvrant auprès de cette population sont surtout des éducateurs.
- Les divers professionnels (santé et/ou travail social) répondent dans leur travail réel aux besoins spécifiques des personnes toxicomanes âgées en conciliant ceux liés à la toxicomanie et ceux liés à la vieillesse:
 - *Mais cette prise en charge spécifique dans le travail quotidien a ses limites pour des questions de financement, de temps à disposition et du manque de reconnaissance de cette problématique au niveau organisationnel/institutionnel.*
 - *Cette prise en charge spécifique est différente selon les institutions/organisations interrogées (Rives du Rhône, Addiction VS, Paou, EMS).*

Cette hypothèse découle du fait que le travail des professionnels, qu'ils soient issus du médical ou du travail social s'adaptent à leurs patients. Il est intéressant de voir de quelle manière et quelles incidences peuvent générer ces adaptations dans le cadre des prises en charge.

En ce qui concerne les pratiques concrètes des éducateurs, ceux-ci — *bien que tentant de répondre aux besoins spécifiques des personnes toxicomanes âgées* — sont pris dans une tension entre le but prioritaire de rendre tous les usagers de l'institution le plus possible autonomes dans la vie de tous les jours et de les maintenir dans la «vie» le plus possible.

Les pratiques concrètes des éducateurs sont différentes avec les toxicomanes aînés qu'avec les plus jeunes consommateurs:

- Pour les aînés s'ajoutent des problématiques liées à l'âge: côté biologique, psychique, social (par exemple, travail).

Une vision idéale ou idéaliste du travail social vise à rendre le plus possible d'autonomie aux usagers et de redonner des compétences en vue d'une intégration maximale dans la société. Ceci étant, les complications d'une toxicomanie en âge avancé bousculent peut-être ce paradigme. Cette hypothèse trouve sa justification dans cette éventuelle tension.

2. Terrains d'enquête

J'ai identifié et retenu quatre terrains d'enquête dans le canton du Valais susceptibles de correspondre à ma question de recherche.

Pour commencer, je mène des recherches et récolte des données dans les bureaux d'*Addiction Valais*, à Sion. La Fondation *Addiction Valais* se positionne comme la référence en matière d'addictions en Valais. Elle est active dans les domaines de la prévention et de l'accompagnement des personnes⁸². Compte tenu de l'importance de cette fondation, il me paraît indispensable de solliciter les professionnels y travaillant. Je vais questionner plus particulièrement un responsable en raison de sa longue expérience dans le domaine des addictions.

Je compte exploiter les données fournies par le professionnel pour étayer mon approche et mes concepts théoriques ainsi que pour tester la validité de mes hypothèses. Je profite aussi de solliciter son avis sur le type de structures qui, selon lui, répondraient le mieux au besoin de toxicomanes vieillissants.

Pour mon deuxième site, je sélectionne les *Rives du Rhône*. Les foyers Rives du Rhône de Sion et François-Xavier Bagnoud de Salvan offrent 30 places de thérapie -15 à Sion, 15 à Salvan — à des femmes et des hommes, adultes ou adolescents, majeure (e) s ou mineur (e) s, en dysharmonie avec l'entourage, l'environnement et eux-mêmes. Ces foyers ont une pratique éprouvée depuis plusieurs décennies et une expérience riche en succès dans le domaine des dépendances et difficultés personnelles⁸³.

Je souhaite les questionner sur leur pratique auprès de toxicomanes vieillissants ainsi que sur la perception qu'ils ont des besoins de ce type de population. J'ai pu m'entretenir avec l'adjoint de direction, qui est au bénéfice de plus de 15 années de travail éducatif auprès de personnes toxicomanes. De par sa position dans le domaine des addictions, il est également en mesure de bien cerner les enjeux actuels de cette problématique, au-delà de l'aspect strictement éducatif.

Dans une perspective similaire, je me suis rendu à Saxon, à la fondation *Chez Paou*. La fondation est divisée en deux secteurs distincts, respectivement à Sion et à Saxon. La structure de Sion est un lieu d'accueil d'urgence qui offre un hébergement de nuit aux personnes majeures, hommes et femmes, en difficulté. Il répond aux besoins de base en offrant: un lit, un repas du soir et un petit déjeuner, des installations sanitaires (douche, toilettes, lessive, etc.). Si nécessaire, des intervenants sociaux orientent les personnes vers un réseau de soutien (services sociaux, médicaux, etc.) pour construire des solutions durables. Il est ouvert de 17 h à 9 h le matin. Une contribution de cinq francs par nuit est demandée, pour les quatre premières nuits.

Le deuxième secteur est situé à Saxon. Celui-ci fait l'objet d'un de mes terrains d'enquête. C'est un lieu d'accueil résidentiel qui accueille des personnes majeures, hommes et femmes, en difficulté et nécessitant un accompagnement social étroit. Quinze résidents y séjournent, encadrés par une équipe pluridisciplinaire composée d'intervenants sociaux, d'une infirmière en santé mentale et de veilleurs. Le Lieu d'accueil résidentiel est ouvert jour et nuit, toute l'année. Les résidents bénéficient d'un accompagnement individualisé pour mener à bien leur projet personnel. Y sont admis des adultes, hommes et femmes, en situation légale en Suisse et qui sont orientés par le Service Social Handicap (SSH) d'Emera ou Addiction Valais⁸⁴. J'ai eu la chance de pouvoir m'entretenir avec trois professionnels avec des fonctions et des rôles bien distincts, qui m'ont apporté de nombreuses connaissances

⁸² Addiction Valais, <http://www.addiction-valais.ch/?page=organisation>, consulté le 24 janvier 2015

⁸³ Rives du Rhône, <http://www.rivesdurhone.ch/>, consulté le 12 décembre 2014

⁸⁴ Chez Paou, <http://www.chezpaou.ch/fr/page-d-accueil.xtm>, consulté le 7 juillet 2015

pertinentes et intéressantes pour les confronter à mes hypothèses. J'ai interviewé la personne responsable du secteur, une éducatrice, ainsi qu'une infirmière au bénéfice d'un CAS⁸⁵ en psychiatrie.

Pour terminer, je me suis rendu dans un home, afin d'identifier les moyens déployés par les professionnels en cas de prise en charge de toxicomanes vieillissants. Mon choix s'est porté sur le home St-François de Sion. J'ai pu m'entretenir avec l'infirmier-chef au sujet d'éventuelles prises en charge de toxicomanes en EMS.

La Maison St-François est une fondation privée. Située au nord de la ville de Sion, elle peut accueillir cent vingt résidents en chambre individuelle, agrémentée selon les goûts de chacun. La priorité est donnée aux personnes domiciliées sur la commune de Sion. Plusieurs missions sont remplies au niveau des soins tant en gériatrie qu'en psychogériatrie.

L'Établissement Médico-Social regroupe trois bâtiments distincts (St-François, Ste-Claire et Ste-Catherine) reliés entre eux par un tunnel et des passerelles. Le secteur des soins est, le jour, réparti entre sept unités. Il fonctionne ainsi sur la base de petites équipes et les contacts sont facilités. Les visites sont les bienvenues et ne sont soumises à aucun horaire particulier en journée.

De nombreux lieux communs: salons d'étage, cafétéria, salle à manger, chapelle, terrasse, jardin avec gloriette favorisent les rencontres et les échanges⁸⁶.

3. Méthodes de collectes de données

En ce qui concerne mes quatre enquêtes de terrain, en l'occurrence *Addiction Valais*, *les Rives du Rhône*, *Chez Paou* et l'EMS⁸⁷ St-François, je recours à l'entretien. Je choisis cette méthode, car celle-ci me paraît la plus appropriée pour obtenir les données qui m'intéressent. En l'occurrence, l'entretien semi-dirigé permet à la personne de s'exprimer librement, sans pour autant s'éloigner des thématiques qui font l'objet de ma recherche.

En outre, pour ma question de recherche sur l'offre institutionnel et les rôles et pratiques des éducateurs, l'entretien est le plus pertinent pour saisir, notamment, les perceptions en la matière.

Je suis conscient des implications et des limites de ce type de méthode. Avant l'entretien, il convient d'obtenir les autorisations, de choisir des répondants, de préciser le cadre, les buts et les objectifs de la recherche. Il est aussi nécessaire d'être conscient des délais et des attentes possibles avant la rencontre et de les anticiper.

Pendant l'entretien, le ton de l'enquêteur doit être neutre, empathique. Le chercheur doit démontrer son intérêt pour son objet d'étude.

Enfin, au terme de l'entretien, il est évidemment de rigueur de retranscrire fidèlement les informations recueillies. Ceci étant, cette étape prend énormément de temps. Aussi il est utile de bien s'entraîner et de savoir précisément ce que l'on cherche. En ce qui concerne strictement la méthodologie de récolte et de retranscription des données, j'ai eu recours au dictaphone pour les entretiens. Quant à

⁸⁵ Certificate of Advanced Studies

⁸⁶ Maison St-François, <http://www.avalems.ch/association-ems/maison-st-francois.html>, consulté le 7 juillet 2015

⁸⁷ Établissement médico-social

la retranscription, j'ai utilisé le programme *oTranscribe*, disponible en ligne⁸⁸. C'est une application web libre qui facilite la transcription d'enregistrements, tant audio que vidéo. Elle permet notamment de ralentir la lecture des fichiers audio et de faire des pauses, des avances et des retours rapides sans retirer les mains du clavier. Au final, cet outil s'est révélé bien pratique et a facilité cette partie du travail.

Il est à noter que les différentes thématiques abordées durant les entretiens ont été minutieusement préparées et choisies en fonctions des modalités à traiter en écho à ma question de recherche. Dès lors, mes entretiens s'orchestrent selon trois axes. Le premier porte sur l'organisation. Le second sur les pratiques des différents professionnels, soit les médecins, les animateurs, les infirmiers ou encore les *MSP*⁸⁹. Enfin, le dernier axe concerne les éducateurs possiblement impliqués dans les prises en charge de toxicomanes vieillissants.

4. Les enjeux éthiques de la recherche

Mener un travail de recherche en sciences sociales implique de travailler dans un cadre éthique strict et précis. Lors des récoltes de données, qu'il s'agisse d'entretien, de questionnaire, d'observation ou de corpus documentaire, j'appliquerai les principes directeurs de l'éthique de la recherche.

En voici les éléments principaux:

- Non-malfaisance
- Bienfaisance
- Respect de la dignité humaine
- Respect du consentement libre
- Respect du consentement éclairé
- Respect des personnes vulnérables
- Respect de la vie privée et des renseignements personnels
- Confidentialité et anonymat
- Impartialité et équité⁹⁰

Pour illustrer ma démarche, à titre d'exemple, voici la façon dont j'ai procédé pour obtenir et mener un entretien exploratoire auprès d'un responsable d'Addiction Valais⁹¹.

En premier lieu, j'ai pris contact avec cette personne pour lui expliquer le type de démarche que je menais et le contexte dans lequel celles-ci s'inséraient.

Ensuite, je lui ai demandé son accord pour un entretien afin de récolter un certain nombre de données. Je l'ai informé précisément sur le contenu de notre discussion. C'est l'application concrète du principe de *consentement libre et éclairé*.

⁸⁸ <http://otranscribe.com/>

⁸⁹ Maître socio-professionnel

⁹⁰ CRETTON, V. (2014). *Travail de Bachelor, l'éthique de la recherche, module TB*. Sierre : HES-SO//Valais. Non publié

⁹¹ La Fondation Addiction Valais se positionne comme la référence en matière d'addictions en Valais. Elle est active dans les domaines de la prévention et de l'accompagnement des personnes.

Par rapport aux données elles-mêmes, je prête une attention toute particulière aux données personnelles et m'assure que l'intégralité des informations recueillies est anonymisée. Lors du travail d'écriture, je suis vigilant quant aux informations que je transmets, afin de ne pas rendre une personne identifiable. Les éléments de ce paragraphe correspondent au principe de *respect des données sensibles* et de *confidentialité et anonymat*.

Au sujet des données qui portent sur les bénéficiaires, aux deux principes éthiques mentionnés précédemment, j'ajoute le principe de respect de la *dignité humaine*, c'est-à-dire protéger les intérêts multiples de la personne et son intégrité. Le *respect des personnes vulnérables* prend tout son sens dans ce cas précis également. Enfin, le principe *d'impartialité et équité* doit être appliqué lui aussi, en ce sens que mon jugement doit rester neutre, au-delà des propos ou des difficultés des usagers.

5. La population et l'échantillon de la recherche

Je me suis déjà brièvement exprimé quant aux 6 personnes interrogées lors de la présentation de mon terrain d'enquête. Néanmoins, j'apporte ici quelques précisions et les raisons qui m'ont orienté vers tel ou tel professionnel.

Pour commencer, il est évident que je devais interroger des éducateurs, dans la mesure où ma question de recherche vise à définir les rôles, les outils et les pratiques de ces derniers auprès de toxicomanes vieillissants.

Ceci, étant, dans le but d'avoir une vision la plus large et la plus exhaustive possible, j'ai questionné un directeur de service et un adjoint de direction, qui ont en amont une longue carrière d'intervenant social auprès de toxicomanes. Ceci m'a permis d'avoir un aperçu complet du paysage des addictions en Valais et des enjeux y relatifs. Le directeur dirige le service ambulatoire d'Addiction Valais et l'adjoint de direction travaille au foyer des Rives du Rhône à Sion.

Par ailleurs, j'ai aussi questionné un éducateur qui travaille actuellement auprès de toxicomanes. C'est intéressant dans la mesure où celui-ci est confronté à des toxicomanes vieillissants dans sa pratique actuelle.

J'ai interviewé également un second responsable du secteur de la fondation Chez Paou, afin de confronter leurs propos, visions et idées, en lien avec les objets de ma question de recherche. Dans cette même institution, j'ai pu m'entretenir avec une infirmière en psychiatrie qui a donné, entre autres, sa vision relative à la pratique auprès de toxicomanes âgés. Elle a aussi décrit la collaboration avec les intervenants sociaux ainsi que la perception qu'elle a des pratiques des éducateurs. Il est utile de préciser que ce sont les prises en charge résidentielles qui ont fait l'objet d'une analyse. En effet, la fondation dispose également d'un service ambulatoire.

Pour terminer, j'ai décidé de me rendre dans un EMS, même si je n'avais pas forcément cette idée au départ. En parlant avec le responsable du service ambulatoire d'Addiction Valais, tant dans le cadre des entretiens exploratoires que pendant les entretiens et après avoir visionné un documentaire déjà mentionné dans ce travail de recherche en page 18, «papys junkies», dans l'émission *Mise au point*, j'ai décidé de le faire. En effet, certains homes en Suisse accueillent des toxicomanes vieillissants, dans une tentative de mixité sociale. Il était dès lors très intéressant de confronter ce modèle avec le modèle

valaisan et de recueillir les propos de l'infirmier-chef sur cette problématique. Il est à noter que ma grille d'entretiens figure en annexe de ce travail de recherche⁹².

F. Analyse des données

Ce point 6 débute avec la description générale des données, qui permet de mettre en évidence les tendances fortes des observations en écho avec les hypothèses principales et complémentaires de la question de recherche. J'en fais une analyse complète, j'identifie les relations entre les variables et mets en évidence les points les plus pertinents, également avec les hypothèses en filigrane. Après quoi, je présente les éléments nouveaux qui émergent à la suite de cette analyse et qui n'ont pas été traités jusqu'à présent, notamment dans le cadre théorique. Enfin j'effectue une comparaison entre les différentes données obtenues et mes hypothèses.

1. Description générale et analyse des données

La retranscription de chacun des entretiens m'a permis de débiter mon travail d'analyse des données. Le fait d'avoir défini trois axes d'analyses principaux m'a aidé à structurer mon travail de manière cohérente. Pour rappel, le premier axe traite des **organisations**, le second des **pratiques générales des professionnels actifs** et le dernier des **pratiques des éducateurs** et des infirmiers. À partir de là, j'ai réalisé un tableau analytique (en annexe 2) synthétisant les réponses obtenues lors de mes enquêtes de terrain. Ce travail met en évidence les divergences ou les similitudes dans les réponses et aboutit à la synthèse en trois parties qui correspondent aux trois axes de recherche.

1.1 Axe 1: Organisation

Ce point relate les aspects relatifs à l'axe institutionnel.

1.1.1 Définition de la toxicomanie

Au sujet de ce premier axe qui traite des organisations susceptibles de prendre en charge des toxicomanes vieillissants, chacun des professionnels interrogés s'accorde à donner une définition relativement similaire de la toxicomanie. Ils évoquent à l'unanimité un besoin de consommer une substance et la dépendance induite par le produit consommé. Ce point rejoint tout à fait la définition issue du cadre théorique qui désigne la toxicomanie comme une dépendance à une ou plusieurs substances toxiques. Ceci étant, d'aucuns ajoutent qu'il s'agit d'une pathologie et que ce concept peut inclure une dépendance à un comportement, tels que le sport ou même à des substances à priori anodines comme le chocolat. Dans ce cas, cette définition s'apparente davantage à l'addiction, qui se veut plus globale et s'intéresse à la relation entre l'individu et le produit ou le comportement. Un professionnel englobe toutes ces notions en définissant la toxicomanie avec une approche biopsychosociale: « [...] la rencontre entre un individu, une substance, voir aujourd'hui un comportement, dans un contexte donné. [...] la souffrance supplante le plaisir, je dois augmenter les doses pour avoir les mêmes effets. Un deuxième critère, il faut qu'il y ait une perte de contrôle, pas seulement au niveau de la prise de substance, mais aussi du rapport au monde, par rapport à mes responsabilités, par rapport à mes devoirs [...]. Le craving, crever d'envie [...] fait que je suis capable de tout gâcher à un certain moment pour assouvir un comportement de consommation. [...] Puis il faut que ça dure au-delà d'un épisode. »

⁹² Annexe 1

C'est une définition assez complète, qui contient tant des éléments provenant du *DSM-IV* que de la *CIM-10* : perte de contrôle, poursuite de la consommation malgré les conséquences négatives ou encore l'abandon d'activités adaptatives. Une des notions en lien avec le concept de l'addiction est relevée puisque ce directeur de service ambulatoire parle aussi d'un problème lié à un comportement et non pas strictement à un produit donné. Enfin, cette personne fait allusion à une approche biopsychosociale, qui elle aussi est explicitée dans le cadre théorique, qui définit ou décrit les problématiques addictives par rapport à des facteurs biologiques ou génétiques, psychologiques et sociaux. Il est à noter qu'un intervenant, directeur adjoint des foyers Rives du Rhône, va au-delà de tous les éléments évoqués dans ce paragraphe: *«C'est pour moi une recherche profonde de sens, qui n'a pas trouvé réponse, dans la manière dont fonctionne notre société actuellement. Il y a peut-être une tranche de la population qui est avec une hypersensibilité, qui est à la recherche d'autre chose [...] elles s'en vont vers une échappatoire destructrice pour pallier ce manque de compréhension, de reconnaissance, ce manque de buts dans la vie»*. Cette approche fait elle aussi écho, dans une certaine mesure, aux 4 dimensions en interaction qui permette d'appréhender le phénomène du vieillissement. Pour rappel, il est question initialement de la dimension biologique, sociale, psychologique (biopsychosociale), mais le *comité permanent de lutte à la toxicomanie*⁹³ du Québec cite la dimension spirituelle. Le concept thérapeutique des Rives du Rhône accorde une grande importance à la dimension spirituelle des individus dans le cadre de ses prises en charge.

1.1.2 Figure et profil de la personne toxicomane vieillissante

Quant à la définition ou au profil du toxicomane vieillissant, il ressort des entretiens que ce sont en principe des personnes dès 40-50 ans, qui ont un long parcours de toxicomanie, qui ne poursuivent pas nécessairement des objectifs d'abstinence et qui peuvent présenter des problèmes de santé plus ou moins importants. Comme le dit un intervenant: *«c'est une personne qui vieillit, avec une longue vie de toxicomane [...]»*. Un autre ajoute: *« [...] quelqu'un qui commence à consommer des produits à 12 ans [...] et puis qui arrive à 45-50 ans, en n'ayant pas stoppé ce genre de consommation, je considère ça comme un toxicomane âgé. Déjà 3/4 de vie de consommation, c'est quand même énorme [...]»*. Les professionnels mentionnent, dans le cadre de leurs expériences, strictement des personnes qui ont un long parcours de toxicomanie. Or, les recherches menées dans le cadre théorique mentionnent aussi une catégorie de personne qui commencent à consommer tardivement des substances en raison, par exemple, de la survenue de la retraite, d'une maladie ou encore d'un deuil⁹⁴. Ceci étant, les professionnels interrogés n'y ont pas — encore? — été confrontés.

Il est intéressant de relever cette nuance apportée par un professionnel en addictions: *«La notion d'âgé, ce n'est pas qu'une question de nombre d'années [...], la notion d'âge, pour moi, c'est la notion de santé, de handicap séquentaire, plus qu'une définition qui dirait de 50 à 80 ans»*. Ces propos permettent de faire un lien avec les concepts théoriques développés en amont, qui font mention du vieillissement précoce des personnes toxicomanes. En effet, les experts s'accordent à dire que l'état de santé d'une personne de 50 ans, qui a un long parcours de toxicomanie, peut facilement correspondre à l'état de santé généralement observé chez une personne ordinaire âgée de 70 ou 80 ans⁹⁵. Des pathologies, telles que des hépatites virales où le *VIH* peuvent également impacter la santé des usagers. Des problèmes cardiaques, des maladies du métabolisme dues à une insuffisance du foie,

⁹³ CPLT

⁹⁴ COHEN, L. (2013). Addictions au 3^{ème} âge : vers une épidémie invisible. Revue *Reiso*

⁹⁵ OFSP (2007). *Questions d'âge, lorsque les toxicomanes prennent de l'âge*. Berne : Revue *SPECTRA*

du diabète, des abcès, de l'ostéoporose ou encore une réduction de la masse musculaire font partie des troubles liés à la santé fréquemment observés. Il est donc aisé de saisir l'importance accordée à la santé dans le travail auprès des personnes toxicomanes vieillissantes.

L'intégralité des personnes qui ont fait l'objet d'une interview ont été confrontées à des toxicomanes vieillissant au cours de leur carrière et sont d'avis que le nombre de personnes qui correspondent aux critères d'un toxicomane vieillissant est assez stable, du moins en ce qui concerne les placements en institutions, soit aux Rives du Rhône et Chez Paou. Par contre, pour les traitements de substitution à la méthadone, le nombre de personnes vieillissantes a augmenté de manière significative en Valais: *«On voit la répartition des patients en fonction de l'âge, les 45 ans et plus, quasiment nulle jusqu'en 2003-2004, deviennent importants ; mars 2015 on voit que c'est 77 personnes»*. Le service de la santé publique du canton du Valais, dans sa présentation «Medrotox» avance des chiffres tout à fait similaires⁹⁶. La politique des quatre piliers qui considère le toxicomane comme une personne malade qu'il faut soigner et non pas comme un criminel, contribue à accroître la longévité des usagers⁹⁷. Cette politique participe à l'augmentation de personnes vieillissantes en traitement de substitution. Ce phénomène s'explique aussi en partie par la taille de la cohorte issue du baby-boom et par un taux d'utilisation de substances plus élevé dans cette tranche de la population⁹⁸.

Le profil des usagers de drogues vieillissant établi par les professionnels fait mention de comorbidités psychiatriques fréquentes: *« [...] ce qui est de plus en plus observé, c'est les dépendances liées aux maladies psychiques. Pour diminuer les symptômes, les délires auditifs et visuels. Est-ce qu'on a les troubles psychiques et qu'on les atténue par la prise de drogues ou est-ce la prise de certaines substances qui génèrent les troubles psychiques? Il semblerait quand même que les troubles psychiques soient sous-jacents [...]»*. Cette observation corrobore tout à fait les éléments du cadre théorique qui insiste sur la toxicomanie et les comorbidités psychiatriques. Par exemple, le risque de développer une dépression est de 54 % chez un héroïnomane et de 30 % chez les cocaïnomanes⁹⁹. Il est à noter que les toxicomanes vieillissants souffrent principalement de dépression et de démence précoce¹⁰⁰, alors que les symptômes décrits par le professionnel font à priori référence à une forme de schizophrénie de type paranoïde, en raison de la prégnance des symptômes positifs (hallucinations)¹⁰¹.

Les professionnels font aussi mention de traitements pour ces troubles psychiques ainsi que de traitements de substitution, type méthadone. Les usagers ont, en général, un parcours avec deux ou trois tentatives de traitement dans des institutions orientées abstinence, mais qui aboutissent à des rechutes. Ceci étant, la rechute fait possiblement partie du processus de changement et le succès ou le progrès ne doit pas être mesuré à l'aune de la seule abstinence. En effet, l'Office fédéral de la santé publique avance plusieurs critères importants pour juger du succès d'une normalisation: l'amélioration de l'état de santé, la régularisation dans le monde du travail, des relations étroites avec des proches et des amis en dehors du milieu de la drogue, un effort pour réduire les dettes ou encore la diminution des problèmes avec la justice. La personne qui rechute n'échoue pas sur toute la ligne, car souvent des

⁹⁶ Canton du Valais (2015). Service de la santé publique : MEDROTOX.

⁹⁷ KÜBLER, D. (2000). Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé. Paris : L'Harmattan

⁹⁸ GOSSOP, M. (2008). Objectif drogues, Briefing de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Consommation de drogues chez les personnes âgées : un phénomène négligé*.

⁹⁹ MANGHI, R. (2014). Module Oasis. *Addiction et comorbidités*. Genève : non publié.

¹⁰⁰ OFSP (2007). *Questions d'âge, lorsque les toxicomanes prennent de l'âge*. Berne : Revue SPECTRA

¹⁰¹ SOLIOZ, E. (2014). Module E8-2. Approche biopsychosociale des troubles et entraves du développement. Sierre : HES-SO/Valais. Non publié.

progrès essentiels restent acquis. De plus, il est rare de sortir de la dépendance à la première tentative¹⁰².

Les drogues les plus fréquemment citées sont l'héroïne, la cocaïne ainsi que le cannabis. Ceci étant, il semble aussi que la prise d'alcool soit fréquente à partir d'un certain âge: « [...] *chercher de l'héroïne [...] c'est fatigant. Donc ce sont des gens qui développent une grosse problématique alcool sans abandonner complètement les autres drogues* ». La question du manque ou de l'absence de liens, qu'ils soient familiaux ou sociaux est, elle aussi, récurrente: « *c'est vraiment des gens qui sont en marge de tout* ». Enfin, il est question du peu, voire de l'absence d'insertion dans le monde du travail, ce sont donc des personnes qui dépendent fréquemment des services sociaux ou qui peuvent être au bénéfice d'une rente AI¹⁰³ si une pathologie psychiatrique invalidante est reconnue.

1.1.3 Enjeux principaux au niveau des diverses prises en charge institutionnelle

Directement en lien avec ma première hypothèse principale, qui avait comme présupposé la non-existence des structures spécifiques en Valais, il ressort nettement que les prises en charge des vieux usagers de drogues dans les institutions existantes et non spécifiques, sont spécifiques. En effet, les Rives du Rhône ajustent leurs exigences en fonction des ressources, notamment physiques, qui sont moindres chez les bénéficiaires vieillissants. Les praticiens tiennent donc compte des impacts sur la santé lors de prises en charge. Chez Chez Paou, le projet est ajusté aux besoins et aux ressources de l'utilisateur, en tenant compte non seulement des problèmes de santé, mais aussi de la comorbidité psychiatrique, ce qui semble moins être le cas aux Rives du Rhône.

Ces personnes présentent donc fréquemment des besoins importants au niveau somatique et psychiatrique, comme mentionné au point précédent¹⁰⁴. En effet, des maladies telles que les hépatites virales, le VIH ou encore l'ostéoporose ne sont pas rares. Sur le plan psychiatrique, les démences précoces et les dépressions sont courantes. Ceci étant, les données recueillies sur le terrain démontrent majoritairement l'importance des prises en charge individualisées proposées aux usagers, au-delà du critère de l'âge avancé. Les moyens déployés par les travailleurs, notamment sociaux, visent essentiellement à atteindre des objectifs orientés maintenance et qualité de vie, comme l'exprime un intervenant d'Addiction Valais : « *À cet âge-là, l'objectif réaliste, ça n'est plus de quitter l'addiction, l'objectif réaliste, c'est vivre le mieux possible, dans la meilleure santé possible, avec la meilleure dignité possible. Cette qualité de vie des années restantes. Le même objectif qu'une autre personne vieillissante* ». Il semblerait donc qu'il s'agisse d'objectifs davantage liés au bien-être de la personne que d'objectifs visant une autonomie et un retour à la normalité.

Pour les professionnels issus du travail social et médical, l'enjeu principal concernant cette population consiste en l'adaptation des prises en charge aux besoins des bénéficiaires. Par exemple, le fait qu'ils puissent être des consommateurs actifs implique des ajustements conséquents. Le fait aussi de devoir gérer la mixité avec des personnes d'un âge ou d'un profil différent ou encore le manque de moyens financiers à disposition restent des défis importants aux yeux des personnes interrogées.

¹⁰² Office fédérale de la santé publique, <http://www.prevention.ch/laplupartdestoxicomanes.html>, consulté le 29 juillet 2015.

¹⁰³ Assurance Invalidité

¹⁰⁴ OFSP (2007). *Questions d'âge, lorsque les toxicomanes prennent de l'âge*. Berne : Revue SPECTRA

Par rapport à l'aspect financier lié aux placements institutionnels (Rives du Rhône et Chez Paou), c'est le SAS¹⁰⁵, à travers le mandat de prestation, plus précisément l'office de coordination des institutions sociales qui participe au financement des institutions, issu du Département de madame Waeber Kalbermatten, soit le Département de la santé, des affaires sociales et de la culture. Les usagers sont orientés par deux services placeurs, soit Emera¹⁰⁶ ou Addictions Valais, selon la problématique dominante. Les services sociaux ou l'AI (Assurance Invalidité) peuvent participer au financement selon les situations. Après 64-65 ans, c'est l'AVS (Assurance Vieillesse et Survivants) et les prestations complémentaires au besoin, qui prennent le relais. Les EMS, quant à eux, touchent des subsides de la part du Canton. Les caisses maladie participent au frais inhérents au placement.

Il est à noter que 5 personnes sur 6 interrogées évoquent la nécessité d'une structure spécifique dédiée à cette population vieillissante. La seule réserve émise étant l'effet ou l'aspect stigmatisant de regrouper des personnes avec des problématiques similaires. Néanmoins un spécialiste des addictions n'est pas favorable à la mise sur pied d'une structure spécifique en Valais, comme il nous l'explique: « [...] dans un canton comme le Valais, ces personnes existent, vont un peu augmenter, mais on n'a pas la masse critique pour développer des structures adaptées et spécialisées pour eux. Donc le défi, ce sera de les accompagner, de les héberger dans des structures existantes ».

De plus, 3 personnes sur 6 connaissent des structures dans d'autres contextes qui ont été mises en place pour répondre aux besoins spécifiques de cette clientèle âgée. Il s'agit des exemples présentés dans l'émission *Mise au Point*, intitulé «Papys Junkies»¹⁰⁷. Pour rappel, le premier exemple se situe en Suisse, dans un EMS. L'institution accueille une vingtaine de toxicomanes parmi les 180 bénéficiaires, dans une tentative de mixité sociale. Les usagers ont entre 40 et 70 ans. Néanmoins, la vie dans la rue et les consommations répétées de drogues ont accéléré le processus de vieillissement, si bien que dans leur corps, ils ont plutôt 90 ans. Les Pays-Bas vont encore plus loin. Effectivement, à La Haye, les toxicomanes disposent de leur propre maison de retraite, baptisée «Woodstock». C'est unique au monde. Trois critères d'admission sont exigés: avoir 45 ans, être sans domicile fixe et avoir échoué dans les cures de désintoxication. Les résidents ont la possibilité de travailler dans le centre et perçoivent un salaire avec lequel ils achètent de la drogue. Ils peuvent consommer en toute liberté dans la structure.

Deux d'entre-elles trouvent positifs, soit le responsable du service ambulatoire d'Addiction Valais et l'infirmier-chef qui travaille en EMS, dans la mesure où ces initiatives permettraient de lancer le débat pour le canton du Valais ou plus simplement parce que toutes les mesures qui peuvent être mises en place pour accueillir ces personnes sont importantes. La troisième personne, qui travaille aux Rives du Rhône, est plus mitigée, car elle pense que la société doit aider à trouver un sens autre que la consommation: «Trouver quelque chose de plus profond, qui est de l'ordre de l'invisible [...], trouver du sens dans les spiritualités». L'approche clairement orientée abstinence, qui met un accent privilégié à

¹⁰⁵ Service de l'Action Social

¹⁰⁶ L'objectif de la Fondation Emera est d'améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap suite à une atteinte à leur santé ou à leur intégrité, au plan physique, intellectuel et/ou psychique et de favoriser leur autonomie et leur participation à la vie sociale.

¹⁰⁷ ROULET, F. (2015). Papys junkies. *Mise au point*. RTS. Issu du site:

<http://www.rts.ch/emissions/mise-au-point/6476230-les-mini-maisons-papys-junkies-requerants-a-chevrilles.html>

la dimension spirituelle de l'individu est mise en évidence et contraste avec les modèles qui visent plutôt des objectifs orientés confort et qualité de vie.

Il est à relever que je me suis aussi interrogé sur la vision d'un infirmier-chef qui travaille en EMS. Il évoque notamment l'importance de disposer de personnel formé à la fois en addiction et aux troubles psychiques, en cas de prises en charge de toxicomanes vieillissants. Il souligne aussi l'importance d'éducateurs pour l'accompagnement et la mise en place de diverses activités sportives et culturelles. Voici sa vision d'une structure type EMS qui pourrait prendre en charge des toxicomanes vieillissants: *«Je vois une structure autonome et adaptée, il faudrait qu'elle soit équipée: salle de gym, cinéma. Où il y a des opportunités d'activités [...], ils ont d'autres besoins. Structure spécifique avec des activités spécifique, pour répondre à des besoins qui le sont eux aussi. Et du personnel qui a des compétences au niveau médical, infirmier et éducatif. [...] Et puis que ce soit une population qui se sente à l'aise et qui soit surtout bien prise en charge. Les EMS où il y a trop de mélange, ça devient un petit peu tout et n'importe quoi. [...] Des fois, le but c'est de mettre tout le monde ensemble [...], ça peut être positif [...], mais je vois plus une structure qui soit spécialisée».*

1.2 Axe 2: Professionnels actifs auprès du toxicomane vieillissant

Les professionnels interrogés mettent en avant l'aspect pluridisciplinaire des équipes professionnelles qui participent à l'accompagnement des toxicomanes vieillissants. En effet, la plupart des sites, hormis les EMS, mentionne des travailleurs sociaux, principalement des éducateurs et des MSP¹⁰⁸, dont le rôle est de proposer des activités socioprofessionnelles.

Des MSP sont actifs à la fondation Chez Paou. Le secteur socioprofessionnel de la Fondation Chez Paou propose des activités rétribuées adaptées aux rythmes et aux compétences de chacun. Encadrées par des maîtres socioprofessionnels, ces activités sont effectuées auprès de privés ou de collectivités publiques (entretien des routes, entretien des bisses, entretien de propriétés privées, travaux dans les vignes, montage de tentes pour des manifestations, etc.). Un atelier situé dans la zone industrielle d'Uvrier permet d'effectuer des activités en intérieur (fabrication d'objets utilitaires et décoratifs à partir de matériaux de recyclage, restauration et création de mobilier, etc.)¹⁰⁹. Les Rives du Rhône n'emploient pas de MSP à proprement parler mais les éducateurs ont des compétences dans différents domaines qui s'apparentent au travail de MSP, tels que travaux de construction, travail avec des animaux ou encore création et entretien d'un jardin potager.

Il y a aussi des veilleurs, des infirmiers ainsi que les ressources médico-thérapeutiques externes, soit les médecins, psychiatres ou psychologues du réseau, tant pour la fondation Chez Paou que pour les Rives du Rhône. Il est à noter qu'Addiction Valais, dans le cadre des prises en charge ambulatoire, recourt uniquement aux services d'intervenants sociaux et fait appel au réseau extérieur pour les ressources médicales et/ou psychologiques.

D'une manière générale, les travailleurs sociaux et infirmiers ont une ou plusieurs personnes de référence avec laquelle/lesquelles ils co-construisent un projet individualisé: *« [...] on a un système de référence où chaque intervenant a un référé et avec ce référé, il va travailler sur un projet défini. Donc un projet qui peut être à court, moyen ou long terme. [...] donc chaque intervenant va travailler de manière individuelle sur un projet d'accompagnement pour chaque résident qui est ici dans la maison».*

¹⁰⁸ Maître socioprofessionnel

¹⁰⁹ Chez Paou, <http://www.chezpaou.ch/fr/socio-professionnel.xtm>, consulté le 29 juillet 2015

La prise en charge est possiblement adaptée en fonction de l'âge, de l'histoire de vie, des compétences, des pathologies ou des désirs de l'usager. Les propos d'un responsable en attestent: *«On a une personne avec des besoins, on va faire en sorte de lui proposer le chemin le plus adapté à sa situation. [...] on va tenir compte de l'âge, d'une carrière de 30-40 de consommation pour ne pas avoir des objectifs irréalistes. On va tenir compte de l'état de santé»*. L'objectif poursuivi par ces prises en charge est d'accroître l'autonomie des usagers: *«Les professionnels encadrent les usagers 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. On a un système de veille pour assurer les nuits, on a un système de prise en charge au niveau de la journée [...], les intervenants vont accompagner ces personnes, mais dans une dynamique où on va essayer de les encourager le plus possible à l'autonomie. Mais on les accompagne là où pourraient survenir les difficultés»*. Il est à noter qu'il est davantage question d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, et non pas d'une forme d'autonomie qui implique un retour à la normalité avec une insertion ou une réinsertion, notamment dans le monde du travail, tout du moins pour les personnes vieillissantes. Il s'agit d'un modèle, caractéristique de la fondation Chez Paou, qui certes encourage ou favorise l'autonomie, mais une autonomie relative. En lien avec les politiques publiques, c'est une approche basée essentiellement sur la réduction des risques, mais aussi sur la prévention et la thérapie¹¹⁰.

Les infirmiers interrogés ne citent pas forcément de particularités liées à cette population vieillissante, dans la mesure où il s'agit d'entretiens, d'accompagnement à des rendez-vous médicaux, et de gestion/préparation et distribution des traitements ou/et des produits de substitution. Ceci étant, le fait d'entourer, d'inciter à la verbalisation de la souffrance, de proposer un travail sur le sentiment de culpabilité semble néanmoins différencier quelque peu les pratiques auprès de ces personnes en âge avancé, ce qui semble à priori davantage correspondre au domaine de compétences d'un médecin psychiatre ou d'un psychologue.

Tout comme le fait de sortir du rôle strict d'infirmier en proposant des sorties comme en témoigne une infirmière: *«Essayer de sortir un peu ce rôle. Actuellement c'est assez difficile parce que je suis seule. [...] Par exemple à Noël, je suis allée au restaurant avec un résident qui est sous oxygène le 24. On a fait quelque chose que lui pouvait faire. C'est vraiment très individualisé»*. Cette activité à l'extérieur est elle aussi, me semble-t-il plutôt caractéristique du travail d'éducateur.

1.2.1 Collaboration interprofessionnelle

L'importance de la collaboration des divers professionnels est relevée dans le cadre de l'enquête de terrain. Les sondés expliquent que le rôle des intervenants est clairement défini, que chacun travaille avec des compétences différentes dans l'intérêt du patient. De manière un peu caricaturale, on pourrait dire que les éducateurs accompagnent les usagers dans un projet individualisé, les MSP proposent des activités socioprofessionnelles et que les infirmiers proposent des entretiens et font le lien avec les médecins, qui eux-mêmes administrent les traitements somatiques et/ou psychiatriques. Ceci étant, bien que les tâches semblent clairement définies, je constate que les rôles et fonctions assumés sont plus larges que le présuppose une profession. En effet, les infirmiers, par exemple, assument des tâches qui s'apparentent au travail d'un éducateur ou d'un psychologue. Il n'est pas rare non plus que les éducateurs quittent les souffrances de l'usager et travaillent sur le sentiment

¹¹⁰ KÜBLER, D. (2000). *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé*. Paris: L'Harmattan.

d'échec ou de culpabilité du bénéficiaire, ce qui est généralement du ressort d'un psychologue, même si la fonction d'éducateur ne l'exclut pas complètement.

Il est utile de relever que les informations sont échangées lors de différents colloques, des thématiques spécifiques peuvent y être traitées ou abordées. La mise en commun des ressources est unanimement considérée comme bénéfique: *«c'est indispensable pour travailler de manière efficace»*, me confie une éducatrice. Une infirmière ajoute: *«C'est une force de pouvoir compter les uns sur les autres»*. Et un responsable de terminer: *«On a une problématique [...], elle est biopsychosociale. Donc, il y a des composantes [...] des traitements, des compétences et puis des solutions à mettre en œuvre qui ne peuvent pas être mises en œuvre par une seule profession. [...] on doit mettre ensemble des ressources et des compétences au profit de la personne»*.

1.3 Axe 3: Pratiques des éducateurs

Majoritairement, la prise en charge proposée par les éducateurs s'articule autour du projet de l'usager. Le projet individualisé est typique du travail social. Pour rappel, les six règles de base de la gestion de projet développementale sont : faire en sorte que le bénéficiaire repère ses ressources et prenne confiance en sa capacité d'agir, stimuler le bénéficiaire en le confrontant aux aspects insatisfaisants de sa propre réalité, amener l'usager à prendre conscience des options qui se présentent à lui et des conséquences, coacher l'usager pour l'encourager à prendre des risques progressifs, amener le bénéficiaire à prendre des décisions, et enfin quittance les difficultés du bénéficiaire, mais en lui laissant toujours assumer les conséquences de ses choix¹¹¹.

En ce qui concerne les toxicomanes vieillissants, il peut s'agir par exemple de retrouver un appartement avec une activité. Le rôle du personnel éducatif est, pour la plupart des professionnels questionnés, celui de co-construire un projet, soit le construire avec et non pas pour le bénéficiaire. Il est question de soutenir, d'accompagner, de stimuler ou encore de proposer des activités et des entretiens dans une optique d'«empowerment» ou d'autodétermination. L'«empowerment» ou pouvoir agir vise à restituer la capacité d'agir au bénéficiaire, en favorisant son autonomie, son engagement et sa responsabilité d'acteur¹¹². Wehmeyer (1996) définit l'autodétermination comme étant les *«Habilités et attitudes requises chez une personne, lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant des choix non influencés par des agents externes indus»*.

Ces notions sont confirmées par un responsable: *«Accompagner la personne dans un projet adapté à ses besoins et à sa situation. En mettant en place les conditions pour que ces personnes puissent avancer dans leur vie, mais à leur vitesse. Avec une approche qui est très centrée sur la co-construction et sur l'adhésion de la personne»*. Cet aspect est typique des prises en charge cognitivo-comportementale et de l'entretien motivationnel et fera l'objet d'un complément au chapitre suivant : approfondissement des concepts en lien avec les éléments observés.

Ceci étant, une personne qui travaille aux Rives du Rhône, estime qu'au-delà de cette fonction, il s'agit de mettre la personne face à elle-même, de la reconnecter à son «moi» profond, sa conscience. Cette même personne ajoute: *«[...] avec les personnes plus âgées, en tout cas j'ai toujours fait ça, essayé de créer un lien qui soit de nature différente, pas simplement éducateur-thérapeutisé, [...], mais plus*

¹¹¹ REY J.-C. (2012). *Module B6, Gestion de projet en travail social*. Sierre : HES-SO // Valais. Non publié

¹¹² BOULÉ, C. (2013). *Module B6. Empowerment*. Sierre : HES-SO // Valais. Non publié

d'humain à humain». Donc une approche caractéristique et finalement unique qui se veut humaniste tout en accordant une place prépondérante à la dimension spirituelle de l'individu.

1.3.1 Les compétences de l'éducateur

Les compétences inhérentes à la fonction d'éducateur les plus fréquemment citées à Chez Paou et Addiction Valais sont: savoir accompagner la personne dans son projet, avoir des capacités d'écoute et d'adaptation, adopter une attitude de non-jugement. Ces éléments sont repris par le responsable de Chez Paou : *«Savoir accompagner les personnes là où elles en sont, c'est la capacité à s'adapter à la personne [...] en faisant émerger les compétences et leurs ressources plutôt que leurs difficultés»*. Il convient d'ajouter que le modèle proposé aux Rives du Rhône se veut beaucoup plus confrontant, en vue de casser ou désamorcer les mécanismes liés à la dépendance, profondément ancrés chez les toxicomanes vieillissants.

Il est à noter que le fait d'être au bénéfice de connaissances sur la personne vieillissante est mentionné, tout comme le fait d'être formé aux addictions et/ou aux maladies psychiques: *«Des éducateurs qui sont formés, qui ont de bonnes connaissances de la personne vieillissante. Parce qu'une personne, elle a une addiction, mais elle vieillit aussi. Donc il y a des problèmes liés à l'âge. Et puis qu'ils soient formés à la psychiatrie et ses troubles. Parce que ces troubles sont souvent surajoutés ou consécutifs à leur addiction. Et puis qu'il y ait la maîtrise des personnes souffrant de troubles addictifs»*. Ceci étant, c'est une vision escomptée ou idéale des compétences de l'éducateur. En effet, un seul professionnel parmi les personnes interrogées effectue un CAS¹¹³ en psychiatrie. Il semble donc que la majorité des éducateurs issus des institutions ne sont pas au bénéfice de formation spécifique. Par contre, chacun des intervenants d'Addiction Valais est formé dans le domaine des addictions.

1.3.2 Les outils et méthodes de l'éducateur

Quant aux outils/méthodes, les plus fréquemment cités sont la TCC¹¹⁴, les approches motivationnelles, l'approche systémique, les stades de changement, la prévention, les entretiens, le coaching, ou encore la méditation.

Le responsable du service ambulatoire d'Addiction Valais s'exprime en ces termes au sujet de l'approche systémique : *«L'approche systémique est assez présente, en tout cas, dans la lecture et la compréhension de la situation, dans la mobilisation ou sur le focus qui peut être mis sur l'entourage pour les garder acteurs»*. Pour rappel, un système se définit par un ensemble d'éléments en interaction et chacun des éléments influence chacun des autres éléments. Il est organisé en fonction d'une ou plusieurs finalités et évolue dans le temps et dans un contexte. Les addictions, dans une perspective systémique, peuvent se résumer dans ces principes essentiels¹¹⁵ :

- L'approche systémique ne se réduit pas à la thérapie familiale
- Les symptômes sont des tentatives de solution qui finissent par devenir des problèmes
- L'intervenant est engagé dans la relation ; il est très attentif à la création d'une alliance thérapeutique et à son maintien ; il ne détient pas les solutions, mais est responsable de créer un contexte dans lequel le patient peut créer les siennes

¹¹³ Certificate of Advanced Studies.

¹¹⁴ Thérapie cognitivo-comportementale. Psychothérapie à court terme basée sur l'observation et la régulation des liens entre les pensées, les émotions et des comportements.

¹¹⁵ BEYTRISON, P. (2013). Approche systémique et addiction. Fondation Phénix. Non publié.

- L'intérêt d'un modèle général des addictions
- Le traitement des addictions implique le plus souvent différents niveaux d'intervention reliés entre eux (liés au contexte et à l'individu)
- Comprendre comment ça (ne) marche (pas) plutôt que pourquoi est plus utile pour traiter les problèmes

Plus précisément en écho avec les propos du directeur de service, qui fait le lien entre l'entourage et l'approche systémique, l'IREMA¹¹⁶ évoque cet outil en ces termes :

La systémie permet une lecture complémentaire des problématiques, notamment en donnant une perspective élargie au contexte de la famille, du groupe de pairs et de l'entourage professionnel.

Dans le soin, la thérapie familiale systémique aborde les problématiques addictives non seulement au niveau de l'individu présenté comme en difficulté, mais aussi, et surtout, au niveau de l'ensemble du système familial, c'est-à-dire les personnes et les relations qu'elles ont établies chacune avec les autres. Si la souffrance est individualisée et est repérable principalement chez un membre de la famille, la problématique est analysée comme résultant d'une distorsion des relations entre les membres de la famille et les modalités d'intervention porteront non pas sur ce «patient désigné», mais sur la manière dont chacun se place et se met en relation¹¹⁷.

En ce qui concerne le coaching au quotidien, il est évoqué par une responsable de cette manière: *«Les accompagner dans leur quotidien. Ça peut être accompagner à des rendez-vous, faire des recherches pour un appartement [...], aller chez le psychologue, ce genre de chose très concrète. [...], Accompagner les résidents dans les petits gestes de la vie quotidienne [...] ou encore ceux qu'il faut stimuler [...] c'est vraiment du coaching au quotidien»*. Les diverses activités élaborées et mises sur pied dans les diverses institutions sont aussi des outils qui participent au développement ou à la restauration des compétences de l'usager, dans une optique d'empowerment, qui, comme cité précédemment, vise à redonner du pouvoir agir aux usagers. Les activités sont très diverses. Elles peuvent être orientées pratiques, dans ce cas il peut s'agir de faire la cuisine, entretenir un jardin, faire la lessive, nettoyer des locaux communs ou les chambres. Elles peuvent être davantage connotées culturelles, avec des visites de sites particuliers, de musées ou d'expositions. Il arrive aussi que ces activités s'approchent de cours, avec un aspect plus technique ou théorique, comme des ateliers de photos (Chez Paou), des cours de chants ou même d'anthropologie (Rives du Rhône). Enfin, il y a toutes les activités à caractère sportif, telles que la randonnée, tant l'été que l'hiver à ski, l'escalade ou encore la natation. Une responsable illustre l'aspect activité en ces termes: *«Les intervenants proposent des activités. Chaque intervenant chez nous est responsable d'une activité. On a par exemple l'activité cheval, l'atelier photo, du sport. Chacun va accompagner les résidents dans cette activité spécifique et en dehors des murs»*.

Il est établi que chaque site interrogé propose des activités. Simplement, la finalité semble être différente d'une institution à l'autre. En effet, dans le cadre des prises en charge d'Addiction Valais ou à la Fondation Chez Paou, l'activité, de mon point de vue, permet de rompre l'isolement et donne une certaine forme de valorisation à l'usager, dans une optique de maintien de qualité de vie, en dépit de la consommation et des dommages y relatifs. Par contre, au foyer des Rives du Rhône, les activités, exigeantes et extrêmement variées (entretien du domaine et de la maison, cuisine, jardin, tir à l'arc,

¹¹⁶ L'Institut de Recherche et d'Enseignement des Maladies Addictives

¹¹⁷ IREMA, <http://irema.net/spip.php?article102>, consulté le 30 juillet 2015

camp thérapeutique dans le désert, activités en montagne, pratique du chant, méditation, etc.), sont des supports à la connaissance de soi. Et la finalité n'est non plus de «vivre le mieux possible» avec des produits ou des traitements de substitution, mais bel et bien de trouver un sens à sa vie et de vivre de manière autonome, hors de la prise de substance.

1.3.3 Les difficultés rencontrées lors de la pratique professionnelle

En ce qui concerne les difficultés les plus fréquemment rencontrées dans leur pratique, les professionnels citent l'imprévu, avec la gestion des crises et des consommations, les dynamiques malsaines autour de la consommation (mensonge, manipulation), les problématiques psychiques lourdes. Il est à noter que les consommations sont très rares aux Rives du Rhône. Ces propos sont plutôt à mettre en lien avec des situations rencontrées à la fondation Chez Paou. En effet, bien que le règlement n'autorise pas de consommation sur le site, cela arrive, majoritairement chez les jeunes usagers. De plus, il est très fréquent que les bénéficiaires consomment lors de leur sortie et de fait rentrent à la fondation sous l'effet de psychotropes. Ceci peut être passablement compliqué à gérer, d'autant plus si le bénéficiaire souffre d'une schizophrénie par exemple.

Par ailleurs, le responsable d'Addiction Valais fait part des attentes du réseau: *«Ce n'est pas toujours simple avec les personnes vieillissantes parce qu'on peut avoir du côté de l'AI¹¹⁸, du côté des ORP¹¹⁹ et de CMS¹²⁰, des gens qui aimeraient qu'à 50 ans, on arrête de consommer. [...] en décalage avec la réalité de l'usager»*. Effectivement, en ce qui concerne les ORP par exemple, qui sont des centres de prestations spécialisés dans les domaines du marché du travail, du placement et du chômage, on peut aisément comprendre pourquoi l'abstinence est escomptée. J'imagine que les bénéficiaires peuvent être exclus de ces services. Plus en lien avec l'AI, par exemple dans une mesure de reclassement avec un usager aux bénéfices d'indemnités journalières, je suppose qu'il peut être aussi exclu de ces mesures si les consommations menacent le projet de réadaptation.

1.3.4 Les différences entre un toxicomane âgé et un toxicomane plus jeune

Il est intéressant d'énumérer les différences relevées par certains professionnels par rapport au travail avec des usagers toxicomanes plus jeunes. Il semble que les sujets âgés ont davantage de reconnaissance pour les moyens qui sont mis à leur disposition. Tandis que les bénéficiaires plus jeunes présentent plus de révolte, certainement en partie due aux services placeurs: *«[...] les jeunes, on est un peu là pour leur pourrir la vie, tandis que les personnes vieillissantes se disent, finalement on a de la chance»*. L'aspect médical et l'aspect motivation/stimulation sont différents eux aussi. Selon un professionnel d'Addiction Valais, on ne motive pas un jeune consommateur et un aîné de la même manière. Avec un jeune, il semblerait qu'on va être plus cadrant, plus exigeant, plus confrontant, plus directif ou autoritaire. A contrario, avec un aîné, on tient compte de son vécu, on n'éduque plus. Il est à noter que les Rives du Rhône ne travaillent pas dans cette optique. L'équipe confronte l'usager, indépendamment de son âge, tout en étant exigeant.

Un responsable des Rives du Rhône met en lumière un autre aspect intéressant, soit le regard que portent les usagers sur la consommation: *« [...] la personne plus âgée, elle s'est rendue compte de tous les maléfices que peut lui apporter la consommation. Il a vu, il s'est cassé plusieurs fois la figure. Le petit jeune, il est encore dans une sorte d'euphorie, surtout s'il a été placé par le tribunal des Mineurs*

¹¹⁸ Assurance-Invalidité

¹¹⁹ Offices Régionaux de Placement

¹²⁰ Centres Médico-Sociaux

[...] quand il sort, il reconsomme. Tandis qu'avec une personne plus âgée, le but c'est quand même d'arriver à prendre en charge sa vie d'une autre manière, après beaucoup de souffrance».

1.3.5 L'efficacité des différents modèles de prises en charge

Par rapport à la connaissance des institutions susceptibles d'accueillir des toxicomanes âgés en Valais et le regard des professionnels sur les différents modèles de prise en charge, il ressort que plus l'offre est large, plus il y a de possibilités données aux usagers de s'en sortir. Ces éléments sont confirmés par les propos d'un responsable: *«Les modèles sont tous bons, utiles, nécessaires et adaptés. [...] la palette thérapeutique, elle doit être large [...] donc c'est vraiment l'idée d'une chaîne thérapeutique adaptée, cohérente à la situation de la personne».* Un autre aspect intéressant évoqué par ce même professionnel est en lien avec les facteurs de réussite des thérapies: *«Quelques études ont eu lieu au niveau international, sur l'efficacité des modèles de traitement [...] il faut rester humble, parce que souvent les conclusions de ces études, c'est de dire peu ou pas de différences entre ces modèles de traitement, les critères significatifs de succès, d'un mieux-être, c'est souvent la qualité de la relation qui est établie. L'adhésion de la personne à ce qu'on lui propose [...], c'est souvent ça et non pas le modèle».* Cependant, un professionnel estime que lorsque des personnes arrivent dans des institutions orientées plutôt bas seuil, type réduction des risques, il y a : *«une sorte d'espoir qui a été perdu [...], je me demande si l'espoir est toujours derrière pour la personne et pour celle qui s'en occupe [...] moi je garde toujours l'espoir qu'un jour la personne soit autonome [...]. Quelle trouve un sens à sa vie».* Ces propos ont été recueillis auprès de l'adjoint de direction des foyers Rives du Rhône et lorsqu'il parle d'autonomie, il ne s'agit pas d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, comme ça peut être le cas dans les institutions orientées réduction des risques. Effectivement, il est bel et bien question d'un retour à la normalité et d'une réinsertion socioprofessionnelle.

1.3.6 Regards croisés sur l'avenir

Pour terminer cet axe relatif aux pratiques, j'ai questionné les professionnels à propos de suggestions innovantes pour le canton du Valais. La majorité cite davantage de moyens financiers et professionnels, avec des personnes formées aux addictions et/ou maladies psychiques. Deux personnes évoquent également la nécessité d'un changement des mentalités, tout comme le fait pouvoir consommer sur un lieu résidentiel, avec un encadrement infirmier, médical et social.

En lien avec ce dernier énoncé, des structure de type consommation contrôlée existent dans des villes telles que Genève par exemple. Au *Quai9*, les usagers ont la possibilité de consommer leur produit, encadré par des professionnels, dans une optique de réduction des risques¹²¹. La nouveauté ou l'originalité provient du fait qu'il est question de consommer sur un lieu résidentiel et non pas dans un service ambulatoire, comme c'est le cas pour les locaux d'injection.

Un responsable va au-delà et suggère un concept très innovant: *«Je les amènerais dans un centre de méditation, mais pas une semaine, peut-être 6 mois. Avec une vie un peu monacale. [...] il faut faire le jardin, le ménage, des choses comme ça. Mais il y a quelque chose de supra à tout ça. Il y a ce côté invisible de l'humain qui n'est peut-être pas assez pris en compte. [...] dans un milieu comme ça il y a une prise de conscience possible très profonde [...], quelque chose de cet ordre-là, avec un encadrement pas forcément éducatif, quoique pourquoi pas, mais un encadrement spirituel».* Il est à noter que cette

¹²¹ Association Genevoise de réduction des risques liés aux drogues, <http://www.premiereligne.ch/quai9/>, consulté le 31 juillet 2015

idée ne tient pas compte des aspects liés à la santé des personnes toxicomanes vieillissantes. En effet, tant d'un point de vue somatique que psychiatrique, l'axe médical est nécessaire.

2. Approfondissement des concepts en lien avec les éléments observés

La mise en perspective des observations du point précédent m'a permis de présenter de nouveaux concepts théoriques ou m'incite à présenter de nouveaux éléments y relatifs.

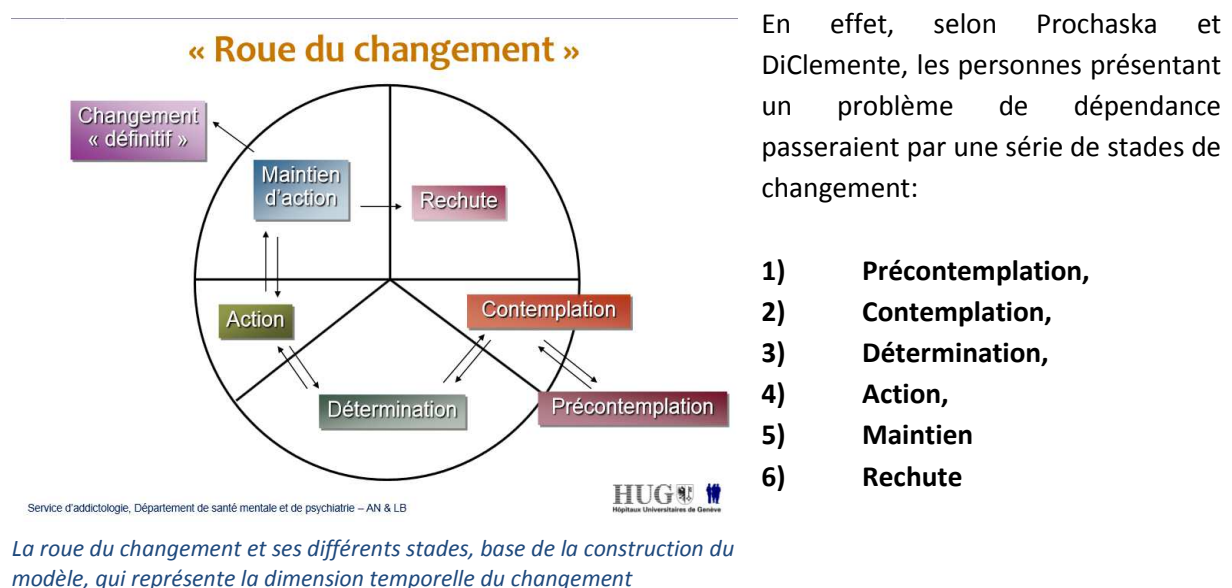
2.1 Roue du changement et entretiens motivationnels

En premier lieu, les professionnels s'accordent à dire qu'il est nécessaire d'adapter les prises en charge en fonction du stade ou de la situation dans laquelle se trouve la personne. C'est-à-dire en fonction de critères liés à l'âge, à la santé psychique et somatique, ou encore en lien avec le fait de consommer de manière active ou de bénéficier des programmes de substitution.

En effet, le responsable de service d'Addiction Valais l'a dit de cette manière: « [...], on n'a pas une approche psychosociale de référence. Donc on va en fonction des besoins, des stades d'évolution, utiliser la théorie du changement [...], mais en fonction des spécificités de la personne, de la sévérité de l'addiction, du besoin additionnel de traitement [...], de la motivation ».

En m'appuyant sur des recherches¹²², je trouve pertinent de développer le concept du processus du changement à partir du modèle de Di Clemente et Prochaska, introduit à la fin des années 70. Ce modèle fait directement écho aux propos de l'intervenant en fin de premier paragraphe.

Ceci étant, comme nous l'avons vu précédemment, les buts poursuivis par les professionnels qui œuvrent auprès de toxicomanes vieillissants, sont parfois de l'ordre du maintien de la qualité de vie et l'accent est mis sur la santé et l'aspect psychologique et non pas forcément sur l'addiction, qu'il faudrait idéalement quitter. De fait, les changements consisteront peut-être dans le fait de substituer la méthadone à la drogue. Il est à noter que certains usagers peuvent stagner dans l'une des phases, ou multiplier les rechutes.



¹²² BRUGGIMANN L. & NALLET A. (2013). Service d'addictologie. Département de santé mentale et de psychiatrie. Processus de changement. Genève : HUG : non publié

Les stades de changement peuvent être décrits de cette manière:

Pré-contemplation (*Pre-contemplation*)

Le patient ne pense pas avoir de problèmes avec sa consommation. Il n'envisage pas de changer de comportement, dont il ressent essentiellement les bénéfices. C'est l'entourage qui s'inquiète. Le sujet tend aussi à éviter de lire, parler ou penser sur les comportements à risque, il est dans le déni. Les usagers à ce stade sont souvent perçus comme «résistantes» et «non motivées».

Dès lors, l'objectif de l'accompagnant vise à permettre une prise de conscience du problème, par exemple en donnant de l'information au bénéficiaire, sans pour autant pousser au changement ou donner des conseils.

Avec un toxicomane âgé qui continuerait de consommer des drogues dures, il serait question, par exemple, de l'informer ou de le sensibiliser aux dommages ou aux risques relatifs à sa santé.

Contemplation (*Contemplation*)

À ce stade commence à se manifester l'ambivalence. Le patient envisage un changement de comportement, mais il hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle: «Je devrais changer, mais...». On parle alors de balance décisionnelle, qui amène à comparer les pour et les contre d'un changement avec ceux de son comportement actuel. Le risque étant de demeurer «bloquer» ou «coller» dans ce stade pendant longtemps. Le patient passe ensuite dans une période où il est décidé à faire des changements. Cette phase est très labile et difficile à déterminer ; c'est la phase de «décision».

C'est le stade auquel s'adresse en priorité *l'entretien motivationnel*. Cet outil ou concept a été lui aussi cité par un responsable lors de l'enquête. À la question de savoir quels sont les outils les plus fréquemment utilisés par les intervenants, l'intervenant me répond: «[...], je dirais stades de changements, approches motivationnelles, travail en réseau et avec les proches». Une brève recherche me permet d'explicitier cet outil de manière synthétique. Celle-ci est issue du site du GREA¹²³ :

«L'entretien motivationnel (EM), développé par les deux psychologues américains William Miller et Stephen Rollnick au cours des années 80, se définit comme une approche relationnelle guidée et centrée sur le client/patient, dont le but est de susciter ou renforcer la motivation au changement. Résolument "centrée sur le client" cette méthode se déroule dans une atmosphère d'accueil de la personne, de sa perception et de son libre choix. Les attitudes du professionnel consisteront en une exploration empathique et valorisante de l'ambivalence de la personne face au changement en évitant la confrontation et la persuasion».

Pour le professionnel, il est de rigueur d'encourager la réflexion sur le comportement cible, d'inciter à l'exploration des 2 versants de l'ambivalence. Néanmoins sans inciter au changement ni en ne donnant des conseils.

¹²³ Groupement Romand d'études en addictions. <http://www.grea.ch/formations/entretien-motivationnel>, consulté le 15 juillet 2015

Illustrons à nouveau cette étape avec l'exemple du toxicomane âgé qui consomme des drogues illégales. Dans cette situation, l'intervenant peut lui suggérer de mesurer ce qu'il gagnerait ou perdrait en cessant de consommer ou en acceptant un traitement de substitution. Des questions telles que celles-ci pourraient être posées : « Quels bénéfices pour ma santé? », « Quels changements dans mes habitudes de vie? », « Qu'est-ce que je gagne? ».

Préparation/détermination (*Preparation*)

À ce stade, le patient se sent prêt à démarrer la phase d'action dans un futur proche ; il détermine des décisions et commence à les mettre en place dans le temps. Il établit un plan d'action et matérialise le changement (date, moyen, lieu).

Les objectifs poursuivis par l'intervenant à ce stade coïncident avec la mise en place de stratégies, lesquelles sont acceptables, accessibles, appropriées et efficaces. Il est question d'informer sur les actions possibles à mener, de faire l'inventaire du réseau d'aide, de fixer des objectifs concrets à court terme et surtout de ne pas mettre en doute la détermination de la personne à changer (êtes-vous bien sûre?)

Avec un usager vieillissant, l'intervenant pourrait proposer par exemple de mettre en place un planning de consommation dégressive tout en introduisant le substitut sur une période donnée.

Action (*Action*)

Le changement est engagé vers des modifications de son style de vie. L'utilisateur a fait des modifications concrètes sur le ou les comportements cibles. Il n'équivaut pas au changement en soi, mais il est un des stades les plus observables. Les difficultés sont importantes, la vigilance par rapport au dérapage est essentielle.

Le rôle de l'intervenant est de soutenir et de renforcer les changements accomplis, les encouragements sont nécessaires. Il convient aussi de soutenir et de réévaluer régulièrement la motivation. Enfin, il faut prévenir la rechute, c'est-à-dire qu'il faut acquérir un ensemble d'outils et de stratégies variées et surtout ne pas en faire un sujet tabou.

L'éducateur encourage le nouveau comportement du toxicomane âgé vis-à-vis de la consommation de drogue, tout en étant très attentif à la rechute.

Maintien d'action (*Maintenance*)

Le changement est déjà bien intégré, c'est-à-dire en termes de durée. Les bénéficiaires travaillent à prévenir la rechute tout comme elles sont plus confiantes dans leur capacité à maintenir le changement. Elles sont moins tentées de rechuter que dans la phase précédente. Ceci étant, à cette phase de consolidation, il convient de rester prudent, car les tentations sont nombreuses de retourner au comportement problématique.

Les actions menées par les travailleurs sociaux ont pour but de soutenir les efforts en cours. Ils donnent des conseils pratiques, ils maintiennent la motivation, ils soutiennent activement les efforts de la personne par du coaching. En résumé, ils soutiennent une vision réaliste du changement par petites étapes.

Les intervenants font en sorte de maintenir le toxicomane vieillissant hors de la prise de produit.

Rechute (*Relapse*)

La rechute est possible et fait partie du processus normal de changement, bien qu'elle ne soit pas une étape obligatoire. Elle n'est pas perçue comme un échec, mais davantage comme une occasion d'apprentissage. Ce n'est pas une manifestation pathologique, mais un temps peut-être nécessaire à la réussite finale du processus. Elle doit être «anticipée», pour que la demande d'aide soit la plus rapide possible.

La fonction et le rôle de l'éducateur sont d'aider à dédramatiser et à dépasser cet événement. Il analyse avec la personne les séquences qui ont conduit à cet état. Il faut éviter que la personne ne se décourage et apprendre quelque chose de la rechute.

Sortie permanente ou changement définitif (*Termination*)

Ce stade marque la réussite finale du processus dans lequel la personne consolide le stade de maintien.

Dans cette approche, à chaque stade le thérapeute devrait donc adapter son discours aux représentations du patient sur son comportement problématique, de façon à induire un passage au stade suivant. Il est donc important d'identifier le stade dans lequel le patient se trouve pour être en «phase» avec lui. Je me permets d'ajouter une citation de Bouddha qui traite du changement:

«Il n'existe rien de constant, si ce n'est le changement»

2.2 Approche cognitivo-comportementaliste

La présentation de ce concept précédent me fait aller encore un degré plus loin dans la réflexion. En effet, celui-ci est issu de la TCC¹²⁴. De fait, il me paraît utile et nécessaire de présenter une synthèse de cet outil. De plus, il est fréquemment utilisé lors des prises en charge de toxicomanes vieillissant, comme l'ont relevé divers professionnels rencontrés dans mon travail d'enquête: «[...] *chaque intervenant va travailler avec les outils qu'il a appris, il y aura la TCC, [...]*».

L'approche cognitivo-comportementaliste s'applique aux différentes conduites addictives. Dès lors, l'analyse du trouble addictif se fait en associant les dimensions cognitives, comportementales et émotionnelles ainsi que l'environnement de la personne.

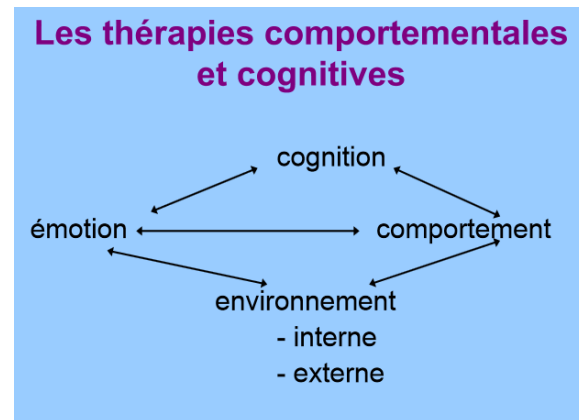
Au sujet de l'aspect cognitif, Beck en 1993, postule que l'existence de cognitions dysfonctionnelles participe au maintien des addictions et des rechutes. Dès lors, des modèles de prévention sont proposés sur la restructuration cognitive du sujet.

Les pensées dysfonctionnelles génèrent de l'anxiété, des difficultés de communication, la dépression, une faible image de soi ou encore une mésestime. Lesquelles pensées orientent possiblement le sujet vers un comportement addictif. Ce phénomène amène le patient par le cycle compulsif à une dépendance, ayant à court terme une réassurance créée par un mouvement de répétition, véritable forme d'existence par la présence du symptôme et parallèlement autothérapeutique (Poudat, 1997).

¹²⁴ Thérapie cognitivo-comportementale

Il est utile de rappeler que cet outil prend en considération les éléments de l'histoire du sujet qui peuvent être considérés comme déclencheurs.

L'objectif poursuivi par cette méthode est d'amener le sujet à prendre conscience du cycle cognitivo-comportemental et émotionnel déclencheur et renforçateur de la conduite addictive. C'est la première étape, l'analyse fonctionnelle¹²⁵.



Ce schéma illustre le concept de ce modèle. Les cognitions d'un sujet, génèrent ou sont interdépendantes avec des émotions et des comportements, qui sont eux-mêmes associés à l'environnement de la personne, tant interne qu'externe. C'est en travaillant sur ces différents aspects, ces 4 axes, que l'on peut traiter le trouble lié à la dépendance.

Les 4 axes de la TCC

Le traitement complet s'articule autour de 4 phases distinctes:

La première correspond à l'analyse fonctionnelle. Ensuite un objectif de traitement est défini en étroite collaboration avec l'utilisateur. Après quoi, le programme de soin est effectivement mis en œuvre. Enfin la dernière étape correspond à l'évaluation des résultats obtenus, à la suite de laquelle des réajustements sont effectués si nécessaire¹²⁶.

2.3 Dépendance à l'alcool et toxicomanie

Lors de mon enquête de terrain, la corrélation entre problématique d'alcool et toxicomanie en âge avancé a été fréquemment évoquée: «*La difficulté, c'est que l'héroïnomane, vers 40-45 ans, il a souvent un gros problème d'alcool aussi. Il lâche petit à petit la drogue pour l'alcool. [...] c'est une catastrophe, les troubles cognitifs [...], ils sont beaucoup plus importants*». Je voulais en savoir plus à ce sujet, raison pour laquelle j'ai mené une recherche, dont voici un aperçu non exhaustif. Je me suis basé sur une étude menée par l'UAS¹²⁷ en 2012.

L'étude d'un cas clinique parmi d'autres, d'une ancienne dépendante à l'héroïne en traitement de substitution, établit qu'elle est complètement abstinente à l'héroïne. Ceci étant, en parallèle des tentatives de sevrage de méthadone, celle-ci augmente sa consommation d'alcool de manière progressive, jusqu'à aboutir à des consommations massives, avec des sevrages et des rechutes multiples. Cet exemple corrobore les propos tenus par le directeur de secteur précédemment cité.

¹²⁵ VARESCON, I. (2005). Psychologies des conduites addictives, alcoolisme et toxicomanie. Paris : Belin. Page 40-41

¹²⁶ Thérapies comportementales et cognitives pour les addictions, <http://wassim75.free.fr/TCC.pdf>, consulté le 17 juillet 2015

¹²⁷ Unité ambulatoire spécialisée de Montreux

Les membres de l'unité relèvent un certain nombre de difficultés rencontrées chez les patients à la fois toxicodépendants et alcooliques:

- L'alcool n'est pas perçu comme un problème
- Ils n'en parlent pas spontanément

Ce phénomène incite les professionnels à travailler avec un nouveau réseau. Ils évoquent aussi la nécessité d'acquérir de nouveaux savoirs. Encore une fois, cette brève étude coïncide tout à fait avec les propos tenus par les professionnels questionnés lors de la phase d'enquête et démontre à quel point la prise en charge peut être spécifique pour les toxicomanes vieillissant: *«il faut du personnel bien formé, tant aux addictions qu'aux maladies psychiques»*.

Pour clore cette question de la dépendance à l'alcool et la toxicomanie, je lance cette question ouverte:

«Abstinence de drogues dures, passage à la dépendance à l'alcool: progrès ou régression?»

3. Vérifications des hypothèses

Le travail d'analyse effectué en amont me permet de confronter les données obtenues aux hypothèses émises qui précèdent l'analyse. Je rappelle dans ce point 3 chacune des hypothèses et sous — hypothèses et présente les éléments permettant de les confirmer ou au contraire de les contester.

3.1 Hypothèses sur la prise en charge organisationnelle de cette population

Le Valais, à l'heure actuelle, ne dispose pas de structure organisationnelle (*c'est-à-dire institution ou unité/secteur ou encore prise en charge quotidienne spécifique*) qui est spécifique aux personnes toxicomanes âgées.

- Dans les institutions actuelles accueillant des personnes toxicomanes âgées en Valais, elles sont mélangées à d'autres publics.
 - *Ceci pose problème à l'institution et/ou aux professionnels les accueillant, car leurs besoins en prise en charge ne sont pas similaires.*
- Au sein des institutions accueillant des personnes toxicomanes âgées en Valais, il n'y a non plus pas d'unités/secteurs et/ou de prises en charge spécifiques prévues au niveau institutionnel/organisationnel pour ces personnes.
- Le passage de personnes toxicomanes âgées d'une institution/organisation à une autre institution/organisation se pose particulièrement à leur entrée en âge AVS.:
 - *Ceci pour des raisons de financements publics de la prise en charge des personnes toxicomanes qui passent en âge AVS.*

À l'heure actuelle, il est vrai que le canton du Valais ne dispose pas — encore? — de structures organisationnelles qui sont strictement dédiées à l'accompagnement de toxicomanes vieillissants. Dans les faits, les personnes présentant les critères d'un toxicomane âgé sont placées dans les structures actuelles, dont le choix s'opère en fonction de la problématique et des besoins de la personne vieillissante.

De plus, la sous-hypothèse selon laquelle cette population est mélangée à d'autres publics est elle aussi vérifiée. En effet, les toxicomanes vieillissants sont pris en charge dans des structures qui accueillent des personnes plus jeunes, avec des problématiques d'addictions plus larges, qui englobent des troubles liés à la consommation d'alcool, de médicaments, voir des addictions sans substances, telles qu'une cyberdépendance.

L'idée selon laquelle cela pose certains problèmes aux professionnels est partiellement vérifiée. Effectivement, cette mixité génère certaines difficultés, mais au-delà des aspects liés aux besoins de prise en charge, comme le sous-tend cette sous-hypothèse, c'est surtout des difficultés d'ordre interrelationnelles qui peuvent apparaître. C'est-à-dire que c'est principalement la gestion des tensions ou des conflits éventuels entre des consommateurs actifs jeunes et des personnes plus âgées stabilisées sous substitution qui posent des difficultés aux professionnels. Ou encore le regard que posent des usagers, avec une problématique alcool et médicaments par exemple, sur des usagers de drogues dures. Il peut fréquemment y avoir une distance dans la relation avec un sujet toxicomane. Ces difficultés relationnelles se situent à la fondation Chez Paou. Aux Rives du Rhône, ce problème n'est pas soulevé, l'intervenant évoque même une relation de type familial qui s'instaure souvent entre les aînés et les plus jeunes.

Par contre, le fait de devoir s'adapter aux besoins spécifiques des aînés consommateurs de drogues illégales, ne pose pas de difficulté majeure, en raison de la proportion faible de ce type d'usagers dans les institutions, soit un, deux, tout au plus trois simultanément. Ceci étant, si ce nombre devait augmenter de manière significative, les professionnels reconnaissent qu'en termes de ressources et de moyens financiers, ils ne seraient pas en mesure de répondre aux besoins de ces personnes. En effet, le manque de personnel formé de manière spécifique ferait défaut.

Au sujet strict des prises en charge, bien que les professionnels disent ne pas disposer ou proposer d'unité ou de prise en charge spécifiquement dédiée aux toxicomanes âgés, comme l'anticipait la sous-hypothèse, ils expliquent que concrètement, elle est adaptée et qu'elle en devient spécifique, mais non pas strictement à la personne vieillissante, mais plus largement à la personne, indépendamment de son statut. Ceci étant, des éléments spécifiques aux toxicomanes âgés se démarquent: besoin au niveau somatique, traitement de substitution, objectifs de maintenance et de qualité de vie.

La dernière sous-hypothèse, selon laquelle les transferts institutionnels poseraient des problèmes pour les personnes en âge AVS, elle ne se vérifie pas ou très peu. Ce sont toujours les mêmes services placeurs qui assurent les placements, soit *EMERA* et *Addiction Valais*. La seule nuance, par exemple pour une personne dont le placement est assuré par l'AI, ce sera l'AVS et les prestations complémentaires qui prendront le relai après 64-65 ans, selon qu'il s'agit d'une femme ou d'un homme. Par contre, si dans un avenir proche, les *EMS* étaient tenus d'accueillir des résidents usagers de drogues illégales, des moyens, notamment financiers, assurés par le canton pour subventionner les *EMS* et les assurances maladies, pour les aspects liés à la facturation, sont escomptés.

3.2 Hypothèses sur la prise en charge concrète par les divers professionnels

Bien que l'institution accueillant des personnes toxicomanes âgées ne prévoie pas d'unités/secteurs et/ou de prises en charge spécifiques pour celles-ci, les professionnels essaient dans leur travail concret/réel de répondre à leurs besoins spécifiques:

- Sont concernés tant les professionnels de la santé (par exemple, au niveau médical, psychiatrique, psychologique, etc.) et/ou du travail social (éducateurs, assistants sociaux, animateurs).
- Les travailleurs sociaux œuvrant auprès de cette population sont surtout des éducateurs.
- Les divers professionnels (santé et/ou travail social) répondent dans leur travail réel aux besoins spécifiques des personnes toxicomanes âgées en conciliant ceux liés à la toxicomanie et ceux liés à la vieillesse:
 - *Mais cette prise en charge spécifique dans le travail quotidien a ses limites pour des questions de financement de cette population nouvelle, de temps à disposition et du manque de reconnaissance de cette problématique au niveau institutionnel.*
 - *Cette prise en charge spécifique est différente selon les institutions interrogées (Rives du Rhône, Addiction VS, Paou, EMS).*

L'hypothèse qui prévoit que les professionnels essaient de répondre à des besoins spécifiques lors des prises en charge de toxicomanes vieillissants est totalement vérifiée, bien que les unités ou les secteurs spécifiques n'existent pas dans le canton du Valais. Tout comme il est vrai que ce sont autant des professionnels issus de la santé ou du médical que des travailleurs sociaux. Il est à noter que deux sites, soit les Rives du Rhône et la fondation Chez Paou dispose de personnel éducatif et infirmier au sein de ses équipes. Les médecins sont des ressources externes. Addiction Valais emploie uniquement des intervenants sociaux formés en addiction et fait appel au réseau externe pour les ressources médicales.

Donc, tant d'un point de vue médical que social, les intervenants adaptent leurs interventions, pour répondre de manière optimale aux besoins particuliers de cette clientèle âgée. Sur le plan médical, soit médecins et/ou infirmiers, il faut par exemple, être en mesure de proposer un accompagnement complet, pour pallier un éventuel manque d'autonomie. Une assistance pour les déplacements ou encore pour la toilette (Chez Paou). Concernant l'accompagnement psychiatrique, il est vrai également que les médecins doivent s'adapter, en ce sens qu'ils traitent le trouble psychiatrique, mais en étroite corrélation avec la problématique d'addiction. Le suivi psychologique est lui aussi adapté, il semblerait en effet que les personnes âgées éprouvent un grand sentiment d'échec et de culpabilité. Quant aux travailleurs sociaux, ils déploient des moyens qui n'ont plus pour objectifs de viser l'abstinence et/ou la réinsertion, mais qui sont davantage de l'ordre du maintien d'acquis. Ils adaptent leur accompagnement qui est orienté qualité et confort de vie pour les années restantes, excepté les foyers Rives du Rhône qui vise l'abstinence.

En ce qui concerne la sous-hypothèse selon laquelle les travailleurs sociaux qui œuvrent auprès de cette population sont surtout des éducateurs, elle est partiellement vérifiée. D'une part, parce qu'un site offre un accompagnement avec des MSP qui passent beaucoup de temps avec les usagers dans le cadre des prises en charge proposées et aussi parce qu'un des sites parle non pas d'éducateurs, mais d'intervenant en addiction, qui peuvent être effectivement initialement des éducateurs, mais aussi des assistants sociaux ou même des psychologues. Ceci étant, sur deux autres sites, ce sont uniquement des éducateurs qui accompagnent les usagers au quotidien, même si bien sûr des AS sont actifs dans le sein du réseau, notamment pour les mesures de curatelle.

Au sujet des limites pour les divers professionnels qui concilient les besoins liés à la vieillesse et à la toxicomanie, elles sont effectivement liées aux éléments présumés par la sous-hypothèse. Le manque de financement est un élément récurrent amené par les professionnels. Le temps à disposition peut lui aussi être un facteur limitant dans le cadre des interventions auprès de toxicomanes vieillissants. Quant à l'aspect du manque de reconnaissance, elle n'est non pas située au niveau institutionnel, mais davantage au niveau politique. À ce jour, bien que les professionnels, qu'ils soient issus du médical ou du social abordent cette problématique liée à la vieillesse, le débat au niveau de la santé publique ne semble pas avoir été amorcé.

La dernière sous-hypothèse prévoit que les prises en charge spécifiques sont différentes selon les sites sélectionnés pour mon enquête. Celle-ci se vérifie, elle aussi. En effet, une institution telle que les Rives du Rhône propose un modèle de prise en charge orienté abstinence. L'approche thérapeutique vise une meilleure connaissance de soi et d'équilibrer les fonctions du corps, du cœur et de l'esprit. La recherche d'un sens profond à la vie fait partie des buts poursuivis par l'institution. Pour ce faire, de nombreux outils sont mis à disposition des usagers. Mais il est vrai que ça peut être très exigeant pour une personne vieillissante, dans la mesure où les résidents sont occupés du matin au soir, avec très peu de temps libre et que la cure sollicite passablement sur le plan physique. Dans ce cas, l'équipe, bien que restant fidèle au modèle initial, met en place quelques exceptions si la situation l'exige.

Addiction Valais se démarque des autres sites, puisque ce sont des services ambulatoires qui sont proposés aux usagers. L'avantage principal est que la prise en charge peut être individualisée au-delà de ce que peuvent faire les secteurs résidentiels, qui ont à gérer tout un groupe et les aspects y relatifs. En général, il s'agit de construire un projet avec l'adhésion de la personne. Dans une optique de co-construction, il est question de proposer des activités adaptées et de mettre en place des actions qui ont pour objectif de maintenir une qualité de vie la plus élevée possible, sans forcément quitter l'addiction.

La fondation Chez Paou, se distingue en accueillant chaque usager, sans critère restrictif. Dans cette même vision, les renvois sont quasiment inexistants. En ce qui concerne le modèle de prise en charge, il est question de co-construire un projet avec l'usager, en tenant compte de ses compétences, du stade dans lequel il se trouve, des troubles qu'il présente et de ses désirs. Le modèle se démarque passablement des Rives du Rhône par exemple, en offrant beaucoup plus de libertés aux bénéficiaires et en mettant l'accent sur la réduction des risques. Il est noté que, dans le cadre de cette approche, les prises en charge sont adaptées pour répondre aux besoins de cette clientèle âgée, notamment sur un plan sanitaire. Les exigences et les stimulations sont ajustées en fonction de l'atteinte à la santé.

Les EMS, à ce jour, n'accueillent pas de résidents usagers de drogues. Ceci étant, le modèle serait lui aussi vraisemblablement spécifique, avec une place plus importante accordée à l'axe médical. Des infirmiers, idéalement formés, tant aux addictions qu'aux troubles psychiques accompagneraient les bénéficiaires. Les éducateurs, pas présents à l'heure actuelle, tiendraient notamment le rôle d'accompagnement dans diverses activités. Les prises en charge seraient adaptées aux besoins des toxicomanes, qui, bien que vieillissants, sont plus jeunes, avec davantage de capacités que les

pensionnaires actuels des homes. En effet, l'âge moyen d'entrée en EMS se situe aux alentours de 84 ans, selon les statistiques fournies par l'Observatoire Valaisan de la santé¹²⁸.

En ce qui concerne les pratiques concrètes des éducateurs, ceux-ci — *bien que tentant de répondre aux besoins spécifiques des personnes toxicomanes âgées* — sont pris dans une tension entre le but prioritaire de rendre tous les usagers de l'institution le plus possible autonomes dans la vie de tous les jours et de les maintenir dans la «vie» le plus possible.

Les pratiques concrètes des éducateurs sont différentes avec les toxicomanes aînés qu'avec les plus jeunes consommateurs:

- Pour les aînés s'ajoutent des problématiques liées à l'âge: côté biologique, psychisme, social (par exemple, travail).

L'hypothèse selon laquelle l'éducateur est pris dans une tension résultante du but prioritaire de rendre les usagers le plus autonome possible et celui de les maintenir le plus possible dans la vie, ce qui pourrait correspondre à un travail social palliatif, n'est que très peu vérifiée. Dans les faits, les éducateurs ne travaillent pas nécessairement dans une structure poursuivant des objectifs ambitieux en terme d'autonomie dans la vie de tous les jours. Évidemment, les équipes éducatives stimulent les bénéficiaires, dans l'idée de leur permettre d'accroître ou de mobiliser au mieux leurs compétences.

Néanmoins, il est communément admis, hormis aux Rives du Rhône, que le but poursuivi n'est plus forcément de quitter l'addiction et/ou de se réinsérer dans le monde du travail ou dans la société de manière plus générale. Il est davantage question de restaurer des liens familiaux, de stabiliser la consommation ou de lui substituer de la méthadone, par exemple, ou encore de proposer des activités adaptées — en terme de rythme, de fréquence et d'exigence — à la personne. Comme déjà évoqué, il est question de faire en sorte que la qualité de vie soit la plus élevée possible pour l'usager.

La seule exception est à relever du côté des Rives du Rhône. Les intervenants peuvent être effectivement pris dans une tension entre les exigences résultant des modèles qu'ils proposent visant l'abstinence et les possibilités réelles de l'usager à suivre un rythme interne élevé.

Une dernière sous-hypothèse suppose que la pratique des éducateurs auprès des toxicomanes âgés diffère de celle mise en place pour des jeunes consommateurs. Cet énoncé se vérifie. Effectivement, dans leur prise en charge, les éducateurs doivent tenir compte du long parcours de toxicomanie, avec des conséquences parfois lourdes, sur le plan de la santé ou d'un point de vue psychique. Il est vrai que les objectifs sont orientés réduction des risques, stabilisation, qualité et confort de vie, du moins à la fondation Chez Paou et pour le service ambulatoire d'Addiction Valais. De plus, le besoin d'écoute est accru. Ce sont en général des personnes qui ont connu presque exclusivement des échecs, qui présentent beaucoup de souffrance, une faible estime d'eux-mêmes et éprouvent un vif sentiment de culpabilité. Les éducateurs en tiennent compte dans leur pratique. Ceci dit, les praticiens des Rives du Rhône demeurent exigeants avec les aînés toxicomanes, même s'ils s'adaptent aux besoins de leurs clients. Effectivement, ils croient en un changement profond possible aboutissant à l'abstinence et à un retour à l'autonomie.

Pour terminer, il semble que les professionnels de Chez Paou et d'Addiction Valais n'ont pas les mêmes attentes vis-à-vis des plus jeunes consommateurs. Les attitudes des professionnels diffèrent elles aussi. En effet, les intervenants peuvent être plus confrontants. Des objectifs ambitieux, tels que la sortie de

¹²⁸ Observatoire Valaisan de la Santé, <http://www.ovs.ch/sante/pensionnaires-etablissements-medico-sociaux-long.html>, consulté le 30 juillet 2015

la toxicomanie et une réinsertion dans le monde du travail peuvent être poursuivis. L'espoir d'une rémission possible est plus conséquent pour les jeunes que pour les personnes vieillissantes dans les structures orientées réduction des risques.

G. Bilan de la recherche

1. Limite de la recherche

Au terme de cette recherche, je suis en mesure de faire part d'un certain nombre de limites qui sont survenues au cours de mon travail.

1.1 Échantillon

Lorsque j'ai identifié mes terrains d'enquête, je me posais la question de savoir quelle proportion d'institutions avait été confrontée à des toxicomanes vieillissants. En effet, c'est un phénomène plutôt récent et qui touche principalement les grandes villes. J'ai eu la bonne surprise de constater que toutes ont travaillé avec ce type de population, sans pour autant que ce soit dans des proportions importantes, soit un ou deux usagers. Cependant, bien que j'aie pu obtenir nombre d'informations pertinentes, je suis d'avis qu'au final, c'est un panel certes représentatif du canton du Valais, mais pas à l'échelon national. Je suis informé que plusieurs choses sont entreprises dans d'autres cantons et à l'échelle internationale. Donc je suis un peu frustré de l'aspect limitatif de ma recherche, même si je sais à quel point il aurait été compliqué, voire impossible, d'aller beaucoup plus loin. Néanmoins, j'aurais trouvé très intéressant d'avoir d'autres visions au sujet de cette problématique des toxicomanes vieillissantes, notamment celles des travailleurs issus des grandes villes suisses. De plus, il n'a pas forcément toujours été aisé de rencontrer certaines personnes, principalement dans les équipes de direction. De fait, je n'ai pas pu interroger toutes les personnes initialement prévues.

1.2 Méthode d'entretiens semi-directifs

La méthode sélectionnée m'a permis de m'entretenir avec plusieurs intervenants, issus de professions diverses. Le fait de recueillir leurs propos avec un cadre défini initialement par ma grille d'entretien, mais qui laissait malgré tout la liberté à mes interlocuteurs d'amener des éléments différents, fut riche d'apprentissages. Ceci étant, une des limites identifiées est qu'il m'est fréquemment arrivé de penser à d'autres questions une fois l'entretien terminé ou lors de la retranscription. Le léger stress occasionné ou le fait d'être très concentré m'a empêché d'avoir un peu de recul lors de certains échanges. Enfin, en orientant ma recherche du côté des praticiens, je me suis limité à questionner des professionnels. Je pense notamment à un élément important à mes yeux, qui concerne les besoins de l'utilisateur vieillissant en terme de suivi éducatif. En questionnant uniquement des professionnels, ne pourrions-nous pas nous trouver dans la projection d'un besoin identifié comme tel, davantage que dans un besoin réel? Les réponses apportées par des toxicomanes vieillissants auraient-elles été différentes?

1.3 Méthodologie

Ce travail de Bachelor est une initiation à la recherche. De fait, je n'ai pas beaucoup d'expérience des outils méthodologiques y relatifs. J'ai dû m'appuyer sur le manuel de recherche en sciences sociales (Quivy & Campenhoudt) tout au long de ce travail. Je me suis senti limité et/ou emprunté quant à la maîtrise de certains outils. Je réalise à quel point la recherche en sciences sociales implique des savoirs.

En effet, quasiment chaque méthode/concept cité dans cet ouvrage renvoie à d'autres livres qui traitent spécifiquement un aspect jusqu'alors simplement évoqué en quelques lignes ou paragraphes.

2. Bilan personnel

Ce fut un travail de longue haleine, riche en terme d'apprentissage et de découvertes. Depuis le début, je voulais aborder une problématique liée à l'addiction. Simplement, je ne savais pas sous quel angle la traiter. En effet, ce sont des sujets qui ont déjà été passablement traités et j'avais à cœur d'aborder cette thématique de façon à que mon travail soit non seulement original, mais aussi utile et pertinent. C'est dans le cadre des entretiens exploratoires, lors d'un échange avec un directeur au sujet des enjeux actuels liés aux toxicomanies, que j'ai su que je mettrais la focale sur le toxicomane âgé. Dès lors, j'ai pu définir ma question de recherche et les hypothèses y relatives.

La seconde étape correspond à l'élaboration du cadre théorique. Initialement, j'avais un peu d'appréhension. Étant donné que cette problématique des toxicomanes vieillissants est un phénomène relativement récent, je redoutais de ne pas trouver assez de sources scientifiques pour construire mon modèle théorique. Mes premières recherches ne donnèrent pas grand-chose. Ceci étant, je me suis senti de plus en plus à l'aise dans cette phase de recherche et les éléments se sont mis petit en petit en place. C'était pour moi devenu un défi et je me suis passionné pour cette phase du travail. J'étais complètement absorbé par mes recherches. C'est sans doute pour moi la phase la plus intéressante.

Les recueils de données par entretiens semi-directifs, en dépit des petites frustrations, soit dues au manque de disponibilités de certaines institutions, soit liés à l'aspect limitatif — au niveau du nombre et d'un point de vue géographique —, ont été très intéressants à mener. Cette partie du travail me donne une bonne connaissance du paysage institutionnel valaisan du champ des addictions.

J'ai grandement sous-estimé la phase d'analyse consécutive à la récolte de données. Le fait de tout retranscrire et d'élaborer un tableau comparatif avec toutes les informations issues des différents sites m'a pris un temps considérable. Ensuite, présenter, mais surtout lier toutes les données pour en restituer une synthèse aussi complète que structurée et pertinente a été complexe. C'est à mes yeux la partie la plus exigeante de ce travail de recherche.

Quant à la dernière étape qui correspond au bilan et à la conclusion, elle permet de donner une réponse à ma question de recherche, coïncide avec la fin de ce travail de Bachelor et plus largement avec la fin de ma formation. Autant d'éléments qui sont une grande source de satisfaction.

H. Conclusion

1. Retour sur la question de recherche

Le travail mené en amont permet d'amener une ou des réponses à ma question de recherche et de mesurer le degré d'atteinte des objectifs fixés. Par ailleurs il n'existe pas une réponse standard, qu'elle porte sur l'organisation ou sur les pratiques, mais bel et bien des réponses, tant cette problématique liée aux toxicomanes vieillissants se veut complexe. Ma question était la suivante:

«Quels sont les institutions, le rôle et les pratiques de l'éducateur qui travaille auprès de toxicomanes vieillissants en Valais?»

Les institutions ou les organisations valaisannes susceptibles d'accueillir des toxicomanes âgées sont principalement la fondation Chez Paou, dont l'équipe de professionnels co-construit un projet avec l'utilisateur. L'accompagnement se veut individualisé et tient compte des ressources, de l'histoire de vie, des difficultés et des désirs du bénéficiaire. Le modèle institutionnel accorde une grande place à la liberté de l'individu et se veut ouvert à tous, au-delà des pathologies ou des problématiques. Il est utile de préciser que ce sont les prises en charge résidentielles qui ont fait l'objet d'une analyse. En effet, la fondation dispose également d'un service ambulatoire.

Dans le secteur résidentiel, les foyers Rives du Rhône sont aussi au bénéfice d'une grande expérience auprès d'ânés toxicomanes. Les intervenants accompagnent les bénéficiaires de manière individualisée sur un chemin qui vise la connaissance de soi et la recherche profonde de sens, un sens qui soit hors de la prise de substances.

Le service ambulatoire d'Addiction Valais accompagne également des toxicomanes vieillissants. C'est une prise en charge très individualisée, qui vise essentiellement des objectifs de qualité de vie et d'accompagnement ou d'orientation vers des activités adaptées.

Il est à noter que théoriquement Villa Flora pourrait accueillir ce type de bénéficiaires, mais ça ne semble pas être le cas, selon le responsable de ce site¹²⁹. L'hôpital de Malévoz lors de crises aiguës pourrait être confronté à la problématique des toxicomanes vieillissants, selon les propos de l'infirmier-chef du Home St-François.

Enfin il convient d'ajouter que le CAAD¹³⁰ et la fondation *Domus*¹³¹ peuvent accueillir à l'occasion des toxicomanes vieillissants, mais c'est dans une moindre mesure que les structures Chez Paou ou Rives du Rhône. En effet, ils sont vraiment spécialisés dans la prise en charge de personnes qui présentent des troubles psychiques. Le CAAD a pour mission d'offrir une prise en charge biopsychosociale de longue, voire de très longue durée, à des personnes en situation de handicap psychique. Le but visé est le recouvrement progressif, souvent partiel, de leur indépendance¹³². La Fondation Domus accueille des personnes atteintes de troubles psychiques dont la gravité a été reconnue par l'Assurance invalidité (AI)¹³³.

En ce qui concerne le deuxième axe de ma question, soit le rôle et les pratiques des éducateurs, il s'agit de construire un projet en adéquation avec les besoins et les attentes de l'utilisateur.

C'est une fonction qui implique un rôle d'accompagnement et/ou du coaching. Il s'agit aussi de mener des entretiens, de créer un lien avec le bénéficiaire et de proposer des activités. Ce rôle implique un certain nombre de qualités, telles que la qualité d'écoute, une bonne capacité d'adaptation ou la capacité à gérer la frustration.

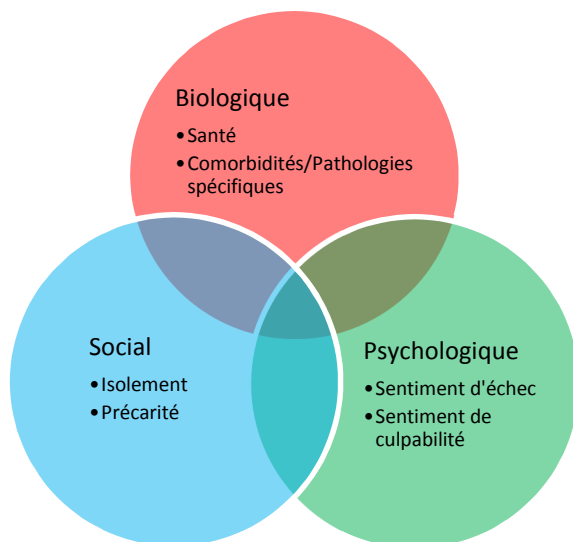
¹²⁹ Villa Flora, <http://www.villaflorasierre.ch/>, consulté le 31 juillet 2015

¹³⁰ Centre d'aide pour adultes en difficulté, qui accompagne des adultes en situation de handicap psychiques

¹³¹ La Fondation Domus accueille des usagers handicapés psychiques

¹³² CAAD, <http://www.caad-valais.ch/>, consulté le 30 juillet 2015

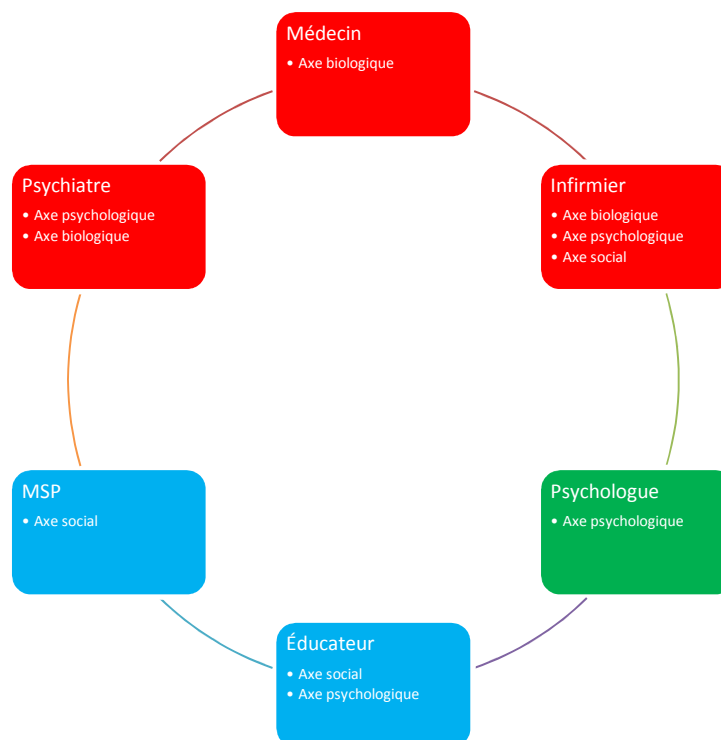
¹³³ Fondation Domus, <http://www.fondation-domus.ch/institution/notre-mission>, consulté le 30 juillet 2015



Lecture biopsychosocial du toxicomane âgé

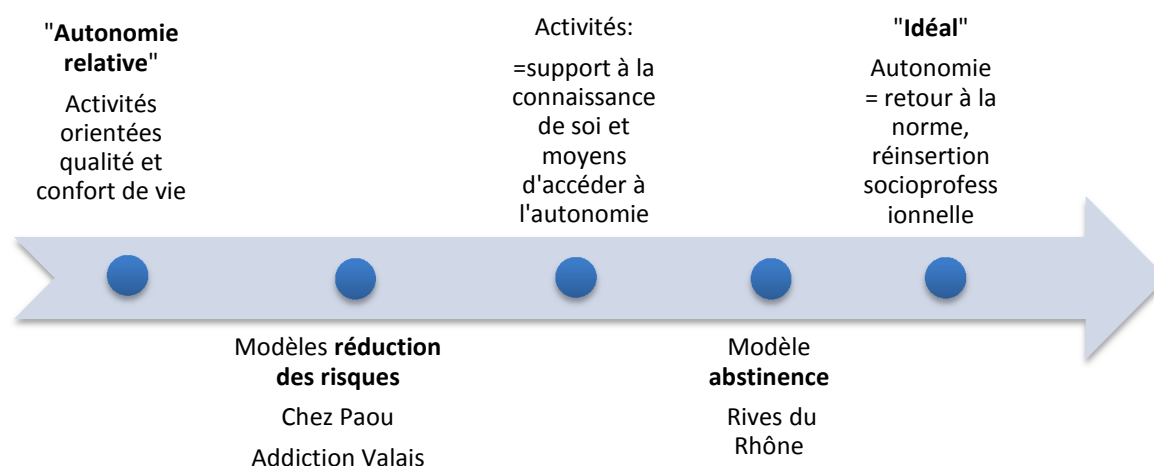
Cette fonction requiert idéalement aussi des connaissances au sujet de la personne âgée, ainsi que sur les addictions et/ou troubles psychiques. Le schéma de gauche représente la figure du toxicomane vieillissant sous un angle biopsychosocial, le but étant par la suite de cibler des axes de compétences propres aux différentes professions, issues du médical et du social.

Ce procédé permet d'attribuer les axes de compétences aux différents professionnels mentionnés dans ce travail de recherche. À partir de là, il est aisé de comprendre quelle est la pratique de chacun des professionnels, comme le met bien en évidence le schéma suivant :



Ce diagramme met en évidence les domaines de compétence des différents professionnels impliqués dans le travail auprès de toxicomanes âgés

En ce qui concerne les outils et méthodes principales des éducateurs, elles sont issues de la TCC, de l'approche motivationnelle et de la systémique. Les activités proposées sur les différents sites, qu'elles soient culturelles, sportives ou techniques participent à la restauration, au développement ou au maintien des compétences du bénéficiaire, dans une perspective d'autonomie totale ou relative selon que le modèle tende à l'abstinence ou à la réduction des risques, comme le met en évidence le schéma ci-dessous.



Ce schéma illustre les divers degrés d'autonomie en lien avec les activités proposées par les éducateurs

2. Degré d'atteinte des objectifs

J'estime avoir atteint dans une grande mesure les objectifs que je me suis fixés à l'entame de ce travail. Le premier consistait en l'analyse du rôle de l'éducateur. La phase d'analyse m'a permis d'avoir des connaissances précises et complètes du rôle de l'éducateur qui travaille avec des aînés toxicomanes.

La question portant sur le type de structures qui accueillent des toxicomanes vieillissants a elle aussi été traitée de manière exhaustive. J'ai désormais une vision complète du domaine des addictions dans le canton du Valais.

Enfin, je souhaitais rendre compte et comparer les diverses pratiques des éducateurs envers cette population. J'ai pu mener ce travail lors de la phase d'analyse, notamment en constituant un tableau analytique comparatif. Le tableau met en évidence les différences et les similitudes relatives aux pratiques éducatives.

3. Conclusion générale et nouvelles perspectives

Pour commencer, je tiens à relever à quel point ce travail de recherche fut formateur. En dépit des difficultés et des obstacles, j'ai appris énormément de choses, tant d'un point de vue méthodologique que strictement théorique. Je suis désormais au bénéfice d'une meilleure connaissance de la personne vieillissante, des addictions et des enjeux y relatifs.

Ce travail m'a aussi permis de me distancier de ma vision plutôt idéaliste. En échangeant avec des professionnels, je me suis forgé un regard davantage professionnel et objectif, qui correspond à la réalité du terrain. En effet, la majorité des personnes âgées et toxicomanes continuera de consommer, impliquant un travail d'accompagnement orienté hygiène et qualité de vie et moins abstinence,

réinsertion ou réalisation de soi, bien que les activités menées apportent une meilleure estime d'eux-mêmes aux bénéficiaires. Cette réalité contraste avec l'espoir que la personne puisse trouver un sens à sa vie qui soit hors de la prise de substance. Ceci étant, j'ai malgré tout croisé un responsable qui partage encore ce point de vue, après plus de 20 ans de travail auprès de personnes toxicodépendantes.

Directement en relation avec cet aspect lié à la réalité du terrain et les objectifs majoritairement poursuivis par les éducateurs auprès d'ânés toxicomanes, je fais le lien avec le concept développé par Marc-Henri Soulet, soit la reconnaissance du travail social palliatif, énoncé dans un article publié en décembre 2007. Lequel article a été rédigé en vue de livrer une vision prospective des évolutions probables des enjeux sociaux à l'horizon 2018¹³⁴. Ce concept naît d'un constat selon lequel il est impossible de transformer certains individus en vue de les adapter à une société toujours plus exclusive. Selon l'auteur, le travail social amorce une évolution sous-tendue par une logique inspirée de la réduction des risques. Il explique: «[...] *force est de constater la coexistence de deux nouvelles figures du travail social, l'une cherchant à promouvoir une potentialité positive, l'autre visant à contrer une potentialité négative. [...] la seconde appelle à un registre palliatif [...] dans une logique de réduction des risques*».

Cette vision s'applique au travail social en général. Mais le parallèle peut être aisément fait avec les prises en charge de toxicomanes vieillissants qui mettent clairement l'accent sur la réduction des risques et d'évitement de l'empirement. Selon Soulet, l'accueil sera un pivot central de l'activité du travail social palliatif. Il vise à permettre non pas essentiellement des soins, mais plutôt des espaces de réconfort. Il imagine des mises en œuvre d'actions de proximité, d'ouvertures d'espaces de communication où l'intervention est assimilée à une écoute relevant de la sollicitude et de la compassion. Ce qui ne fera plus de l'intégration un idéal, mais une place relative où les personnes pourront trouver un certain degré d'autonomie et des conditions pas «trop mauvaises» d'existence.

Dans cette perspective, j'imagine ce que pourrait être le travail des éducateurs qui œuvrent auprès de toxicomanes vieillissants. Dans une grande mesure, les pratiques actuelles correspondent déjà à celles définies dans l'article de Soulet sur le travail social palliatif: s'efforcer de garantir une certaine autonomie et des conditions de vie les meilleures possible.

Dans le canton du Valais, si la masse critique ne justifie pas la création d'une structure et d'un espace de prise en charge spécifiquement dédié à la personne toxicomane vieillissante, les structures actuelles devront s'adapter aux besoins des usagers. Dans les faits, que ce soit Chez Paou, aux Rives du Rhône ou dans un EMS, les ressources financières et professionnelles devront permettre l'accompagnement de cette clientèle âgée, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle.

Au terme de ce travail, j'ai imaginé ce qui pourrait se faire pour cette population dans le canton du Valais au cours des années à venir. Davantage que de regrouper tous les toxicomanes dans une aile spécifique d'un home ou encore dans une institution donnée, je verrais un concept de prise en charge davantage intégratif. En effet, je pense que regrouper toutes ces personnes aurait un effet stigmatisant, sans omettre non plus que le fait de regrouper des personnes avec des problématiques similaires ne génère pas forcément des dynamiques positives pour les usagers.

¹³⁴ SOULET, M-H. (2007). La reconnaissance du travail social palliatif. Revue *dépendances*

Par exemple, une idée à Genève¹³⁵ s'est concrétisée par un projet de création d'un café collaboratif entre soignants, patients et passants. Tous peuvent se croiser sur le domaine public. Des expositions et des débats relatifs à la thématique des addictions y sont proposés régulièrement, ce qui favorise les rencontres entre tous les passants, quels qu'ils soient (soignants, consommateurs, habitants, etc.). De plus, les toxicomanes, comme l'ont relevé des professionnels dans le cadre de l'enquête de terrain, sont vecteurs de peurs fantasmées, y compris chez les accompagnants. Ce dispositif ou quelque chose de similaire et adapté au canton du Valais pourrait atténuer ce phénomène et participer à la lente, mais nécessaire, révolution des mentalités.

¹³⁵ MANGHI, R., KHAZAAL, Y. et ZULLINO, D. (2014). Addiction et soins : le pari de l'espoir. Revue *Reiso*.

I. Source

1. Bibliographie

- AVENIR SOCIAL (2010). *Code de déontologie du travail social en Suisse*. Berne
- CARON, R. (2000). *Comprendre la personne âgée*. Paris: Gaëtan Morin.
- CHARPENTIER M., GUBERMAN N., BILLETTE V., LAVOIE J.P., GRENIER A. et OLAZABAL I. (2010). *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*. Canada: Presse de l'Universalité du Québec.
- CHRISTEN-GUEISSAZ E. (1994). *Miroir social, estime de soi au temps de la retraite*. Paris: L'Harmattan, Logiques Sociales.
- COMMISSION FÉDÉRALE POUR LES QUESTIONS LIÉES AUX DROGUES. (2012). *La politique drogue en tant que politique de société*. Genève: Seismo.
- FEILLET, R. (2006). *Corps, vieillissement et identité: entre préservation et présentation de soi*. Toulouse: érès.
- FONTAINE R. (1999). *Manuel de psychologie du vieillissement*. Paris: DUNOD.
- FONTAINE, R. (1999). *Manuel de psychologie du vieillissement*. Paris: DUNOD.
- HENRAD, J-C. et ANKRI J. (1999). *Grand âge et santé publique*. Rennes: Éditions ENSP.
- HUMBERT M. (1996). *Guide de la retraite*. Morges: Éditions des Deux Guérites.
- KÜBLER, D. (2000). *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé*. Paris: L'Harmattan.
- LAMBERT, J.-F. (2011). *La seniorescence entreprenante*. Lyon: Jacques André éditeur.
- LOONIS, E. (2002). *Théorie générale des addictions*. Paris: Publibook
- MANUILA, L. (1991). *Dictionnaire médical*. Éditions Masson.
- MOREL, A, HERVÉ F. & FONTAINE B. (1997). *Soigner les toxicomanes*. Paris: DUNOD
- QUIVY, R. et CAMPENHOUDT L.V. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod.
- VALLEUR, M. (2004). *Dictionnaire des drogues et des dépendances*. Larousse
- VARESCON, I. (2005). *Psychologies des conduites addictives, alcoolisme et toxicomanie*. Paris: Belin

2. Articles

- BEYTRISON, P. (2013). Approche systémique et addiction. Fondation Phénix. Non publié.
- BONNET, A. et BRÉJART, V. (2009). Addiction à l'activité physique, in Isabelle Varescon, Les addictions comportementales. Editions Mardaga «PSY-Émotion, intervention, santé». p.237-266
- CANTON DU VALAIS (2015). Service de la santé publique: MEDROTOX.
- COHEN, L. (2013). Addictions au 3^{ème} âge: vers une épidémie invisible. Revue *Reiso*.
- GEYER, D. (2009). Comment soigner les dépendances chez les aînés? Revue *Reiso*.

GOSSOP, M. (2008). Objectif drogues, Briefing de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Consommation de drogues chez les personnes âgées: un phénomène négligé*.

LOPEZ & SANSFACON. (2005). Dommages sociaux liés à l'usage de drogues: focus sur les relations et difficultés familiales. France

MANGHI, R., KHAZAAL, Y. et ZULLINO. D. (2014). Addiction et soins: le pari de l'espoir. Revue *Reiso*.

OFFICE FÉDÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (2010). Défi addictions: fondements d'une approche durable de la politique des addictions en Suisse. Berne: Groupe de pilotage.

OFFICE FÉDÉRALE DE LA STATISTIQUE (2006). Les scénarios de l'évolution de la population en Suisse. Neuchâtel.

OFSP (2007). Questions d'âge, lorsque les toxicomanes prennent de l'âge. Berne : Revue *SPECTRA*

PERSIAUX, R. (2007). Addiction : Tous accros? Revue Sciences Humaines Numéro 185.

SOULET, M-H. (2007). La reconnaissance du travail social palliatif. Revue *dépendances*.

Substance Abuse & Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2011). The NSDUH Report : Illicit Drug Use among Older Adults. Rockville, MD.

SUEUR, C. (2004). Éduquer le toxicomane. *Psychotropes*, Vol.10, p.47-79. DOI: 10.3917/psyt.102

UNIVERSITÉ DE GENÈVE (2015). Stimuler le cerveau pour soigner l'addiction. *Campus*, No 120

VERMETTE, G. (2001). Fédération Québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. *La toxicomanie chez les aînés: reconnaître, comprendre et agir*. Québec.

3. Cours

BOULÉ, C. (2013). *Module B6*. Empowerment. Sierre : HES-SO // Valais. Non publié

BRUGGIMANN L. & NALLET A. (2013). Service d'addictologie. Département de santé mentale et de psychiatrie. Processus de changement. Genève: HUG: non publié.

FRANCOIS, A. (2014). *Module Oasis*. Dpt. De Médecine communautaire. Genève : HUG: non publié

GRAU, CH. (2012). *Module C4*. Développement de la personne âgée. Sierre : HES-SO//Valais.

MANGHI, R. (2014). *Module Oasis*. Addiction et comorbidités. Genève: HUG: non publié.

Non publié.

REY J.-C. (2012). *Module B6*. Gestion de projet en travail social. Sierre : HES-SO//Valais. Non publié.

RODUIT, J.-M. (2014). *Module G7*. Troubles liés à une substance. Sierre : HES-SO//Valais. Non publié.

SOLIOZ, E. (2014). *Module E8-2*. Approche biopsychosociale des troubles et entraves du développement. Sierre : HES-SO//Valais. Non publié.

4. Internet

Addiction Valais, <http://www.addiction-valais.ch/?page=organisation>, consulté le 24 janvier 2015

Addiction Valais, <http://www.addiction-valais.ch/?page=statistiques>, consulté le 20 décembre 2014

Association Genevoise de réduction des risques liés aux drogues,
<http://www.premiereligne.ch/quai9/>, consulté le 31 juillet 2015

CAAD, <http://www.caad-valais.ch/>, consulté le 30 juillet 2015

Chez Paou, <http://www.chezpaou.ch/>, consulté le 7 juillet 2015

Courrier international, <http://www.courrierinternational.com/article/2005/03/10/de-l-ecstasy-sur-ordonnance-aux-etats-unis>, consulté le 28 juillet 2015

Fondation Domus, <http://www.fondation-domus.ch/institution/notre-mission>, consulté le 30 juillet 2015

GREa (2015). *Définition de l'addiction*, <http://www.grea.ch/addiction-0>, consulté le 20 avril 2015

GREa. <http://www.grea.ch/formations/entretien-motivationnel>, consulté le 15 juillet 2015

Infoset, portail suisse des addictions, <http://www.infoset.ch/f/rechstat/statistiques.cfm>, consulté le 20 décembre 2014

Infoset, portail suisse des addictions, <http://www.infoset.ch/f/rechstat/statistiques.cfm>, consulté le 20 décembre 2014

IREMA, <http://irema.net/spip.php?article102>, consulté le 30 juillet 2015

LE TEMPS (2013). *Hausse de 15 % des cas de sida en Suisse*,
http://www.letemps.ch/Page/Uuid/88a8ee60-c76f-11e2-ac35-8b264631d434/Hausse_de_15_des_cas_de_sida_en_Suisse_en_2012, consulté le 20 avril 2015

Maison St-François, <http://www.avalems.ch/association-ems/maison-st-francois.html>, consulté le 7 juillet 2015

Nations Unies (2002). *Deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement*. Madrid,
<https://www.un.org/french/ageing/chap1.pdf>, consulté le 28 janvier 2015

Observatoire suisse de la santé. *OFS, statistique de l'état annuel de la population*,
http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CEUQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.ecoles-en-sante.ch%2Fdata%2Fdata_580.pdf&ei=OOzJVJvgLIOsOvLYgYAP&usg=AFQjCNG3OEslOSGE4-1fhXrtRCI8V5Czgg&sig2=6smrXoOvqDq84FiMEakepg, page4, consulté le 29 janvier 2015

Observatoire Valaisan de la Santé, <http://www.ovs.ch/sante/pensionnaires-etablissements-medico-sociaux-long.html>, consulté le 30 juillet 2015

Office fédérale de la santé publique, <http://www.prevention.ch/laplupartdestoxicomanes.html>, consulté le 29 juillet 2015

Rives du Rhône, <http://www.rivesdurhone.ch/>, consulté le 12 décembre 2014

SOS Addictions, [http://sos-addictions.org/actualite-des-addictions/les-drogues-psychedeliques-
psilocibyne-ld-mdma-font-doucement-leur-retour-dans-la-pharmacopee](http://sos-addictions.org/actualite-des-addictions/les-drogues-psychedeliques-psilocibyne-ld-mdma-font-doucement-leur-retour-dans-la-pharmacopee), consulté le 28 juillet 2015

Statistique suisse,
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/05.print.html>, consulté le
26 janvier 2015

Statistique suisse,
[http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/raeumliche
one_gemeinden.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/raeumliche_verteilung/kantone_gemeinden.html), consulté le 28 juillet 2015

Thérapies comportementales et cognitives pour les addictions, <http://wassim75.free.fr/TCC.pdf>,
consulté le 17 juillet 2015

Villa Flora, <http://www.villaflorasierre.ch/>, consulté le 3 novembre 2014

5. Documents audiovisuels

KENNEL, S. et MACH, PH. (2014). Drogue, la fin de la prohibition. *Temps Présent*. RTS. Issu du site:
<http://www.rts.ch/video/emissions/temps-present/5798388-drogue-la-fin-de-la-prohibition.html>

ROULET, F. (2015). Papys junkies. *Mise au point*. RTS. Issu du site:
[http://www.rts.ch/emissions/mise-au-point/6476230-les-mini-maisons-papys-junkies-requerants-a-
chevrilles.html](http://www.rts.ch/emissions/mise-au-point/6476230-les-mini-maisons-papys-junkies-requerants-a-chevrilles.html)

J. Annexes

1. Questions entretiens

Sur l'organisation

- Pour vous, quelle est la définition la plus pertinente de la toxicomanie?
- Qu'est-ce pour vous une personne toxicomane âgée
- Est-ce que vous accueillez dans votre institution/organisation des personnes toxicomanes âgées?
 - Combien de personnes toxicomanes âgées accueillez-vous à l'heure actuelle? Et pendant l'année ou années précédentes?
 - Est-ce une population nouvelle dans votre institution/organisation?
 - Quel est le profil de cette population (âge, facteurs de vulnérabilités, durée et types de drogues consommées, durée dans l'institution, etc.)?
 - Est-ce que vous disposez d'une unité/structure et/ou prise en charge spécifique pour cette population?
 - Si tel est le cas, comment se passe le mélange avec les autres bénéficiaires de votre institution/organisation?
 - Quelles base légale et instances étatiques (niveau fédéral, cantonal, quels départements, etc.) payent actuellement pour la prise en charge de ces personnes?
 - Quels défis et enjeux pose cette population?
 - Pourquoi?
 - Est-ce que cette population de toxicomanes âgés a besoin d'une prise en charge spécifique?
 - Laquelle?
 - A quel niveau: santé (médical, psychologie, etc.), travail social, etc. ?
 - Pourquoi?
 - Est-ce que le passage à l'AVS des personnes toxicomanes âgées pose des défis particuliers? Notamment au niveau du financement de leur prise en charge? Qui paye alors?
- Pensez-vous qu'il serait nécessaire de créer une structure de prise en charge spécifique à cette population de toxicomanes âgés?

- Si oui, quels types de structures spécifiques: une institution/organisation spécifique et/ou unité/secteur spécifique et/ou prise en charge au quotidien spécifique?
- Pourquoi ce type de structures spécifiques? Avantages/désavantages?
- Si non, pourquoi? Avantages/désavantages?
- Connaissez-vous des structures spécifiques qui accueillent ces personnes dans d'autres contextes (cantons, pays, etc.)? Qu'en pensez-vous?

Les pratiques en général des divers professionnels

Questions EMS

- Si vous deviez accueillir des personnes toxicomanes vieillissantes, quels seraient vos besoins?
- Auriez-vous besoin de soutiens d'autres professionnels et de nouveaux outils? Si oui lesquels?
- Auriez-vous des peurs ou des craintes particulières?
- Quels réajustements cela impliquerait dans le fonctionnement de votre fondation?
 - Au niveau des pratiques professionnelles?
- Seriez-vous disposé à travailler avec des toxicomanes vieillissants?

Professionnels en général

- Quel est le travail concret des professionnels de votre institution/organisation auprès de personnes toxicomanes âgées?
 - Quels professionnels prennent en charge cette population?
 - Comment adaptent-ils ou non leur travail aux besoins de cette population?
 - Y a-t-il des travailleurs sociaux et/ou des éducateurs sociaux? Pourquoi? Quelle prise en charge offrent ces travailleurs sociaux aux personnes toxicomanes âgées?
 - Si oui, quel est selon vous le rôle de l'éducateur qui travaille avec des personnes toxicodependantes? Quelles compétences particulières ou spécifiques cela nécessite-t-il?
 - Comment ces divers professionnels collaborent-ils ensemble à la prise en charge des personnes toxicomanes âgées?

Les pratiques des éducateurs

- Est-ce que vous, en tant qu'éducateur ou infirmier, avez déjà été confronté à des toxicomanes âgés dans votre pratique professionnelle?

- Trouvez-vous des points communs dans le profil des personnes toxicomanes âgés (âge, facteurs de vulnérabilité, durée et types de drogues consommées, durée dans l'institution, etc.)?
- Avez-vous personnellement suivi des toxicomanes âgés dans votre travail? Et des toxicomanes âgés?
 - Si oui, en quoi consistait votre travail précisément?
 - Si oui, quelles difficultés éventuelles avez-vous rencontrées?
 - Si oui, quels sont les outils et/ou méthodes que vous mobilisez dans votre pratique auprès de toxicomanes âgés?
 - Les prises en charge étaient spécifiquement liées à l'âge (par exemple, côté biologique, psychisme, social)? En quoi? Pourquoi?
 - Si oui, y a-t-il des différences avec un consommateur toxicomane plus jeune? Lesquelles? Pourquoi?
 - Est-ce que les mêmes outils et/ou méthodes sont appliqués à toutes les personnes toxicomanes âgées de manière identique ou est-ce que cela change en fonction de l'individu? Existe-t-il par exemple une différence selon le produit consommé? Sur quels éléments se base le choix de vos stratégies?
- Connaissez-vous d'autres professionnels ou d'autres institutions qui travaillent auprès de cette population?
 - Qu'est-ce qui existe en Valais pour ce type d'utilisateurs?
- Avez-vous un avis sur les différents modèles de prises en charge? Quels sont les effets de ces modèles? Les avantages ou les inconvénients? En quoi sont-ils complémentaires?
 - Ces modèles sont-ils véritablement adaptés aux besoins des bénéficiaires?
- Auriez-vous des suggestions innovantes pour répondre aux besoins de cette clientèle âgée?

2. Tableaux analytiques

AXE	QUESTIONS	ENTRETIENS 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIENS 3
Organisation	Définition de la toxicomanie?	<p>Substance et comportement vis-à-vis d'elle. Symptômes de manques (physiques ou psychiques).</p> <p>Interaction entre un besoin et une substance. Besoin de consommer une substance spécifique.</p>	Concept global, influence de l'environnement, vie privée, professionnelle, expériences, évolution. Attention au cannabis et médication. C'est très vaste.	<p>Pathologie. Une personne qui est dépendante à un produit et qui fait tout pour l'obtenir.</p> <p>Recherche de plaisir.</p>
	Définition d'un toxicomane âgé?	<p>À partir de 40-45 ans. Dans une dynamique de consommation, sans forcément avoir en objectif de cesser la consommation. Problématique qui s'installe à long terme. Pas de cure, de traitement ou d'arrêt de consommation prévu.</p>	<p>45-50 ans, avec un long parcours de toxicomanie derrière. On ne devient pas toxicomane à cet âge. Pas forcément dans un processus de soin, d'abstinence ou de réinsertion. Comment faire pour que la problématique devienne acceptable pour elle et la personne. Réductions de CPTS inacceptables pour la société, consommation sauvage (vol, deal,...)</p>	<p>Vécu de toxicomanie plus long, mais pas de différence. Rejet tout au long du parcours. Problèmes de santé qui s'accumulent.</p>

	Accueillez-vous cette population?	Oui. Premier critère: personne SDF, avec des problèmes de santé physique, psychique et addictions et toxicomanies. Moyenne d'âge de 37 ans. Personnes toxicomanes de 45-65 ans présentes.	Oui	Oui, deux personnes, 1 consommateur actif et 1 sous substitution.
	Combien? Évolution des chiffres?	Peu de changement. Juste des personnes de plus en plus jeunes qui arrivent, soit 18 , 20 , 25 ans. Les «vieux» restent pour du long terme, pour un projet ou stabiliser la consommation.	Ce n'est pas nouveau, chiffres relativement constants.	Entre 2 et 3, c'est assez stable
	Population nouvelle?	Non	Non	Non
	Profil type? Âge, facteurs de vulnérabilité, durée des placements, type de drogues consommées?	Hommes, maladies psychiques (schizophrénie, trouble bipolaire). Comorbidité. Rupture de liens familiaux. Méthadone (2) et des consommateurs actifs (3), héroïne et cocaïne ou oxicontin.	Peu ou absence de liens familiaux. De plus en plus des dépendances liées à des maladies psychiques. Drogues pour diminuer les symptômes des délires visuels ou auditifs. Troubles précèdent ou découlent de la prise de substance? Il semble que les troubles sont sous-jacents. Aussi absence de liens sociaux. Vieux plus alcool et jeunes:	45 ans, 20 ans de consommation, pas de problème de santé, médicaments et drogues par injection. Projet de retourner en appartement. 48 ans, plus de consommation depuis 8-9 ans, substitution. Problème de santé, poumons, anxiété, médication lourde.

			cannabis, héroïne, cocaïne et NDS, via le net.	Ne retournera pas chez lui. Après? EMS? Rupture de liens familiaux, sociale et santé pour un.
	Unité ou prise en charge spécifique? Comment se passe la mixité des âges?	<p>Pas d'unité spécifique, pas de prise en charge différenciée. Projet individuel avec des objectifs.</p> <p>Avec les personnes sous contrat méthadone, ça se passe bien: régularités des prises (heure et dosage).</p> <p>Difficultés avec les consommateurs actifs, interactions difficiles pour les personnes sous produit.</p> <p>Difficulté aussi avec les personnes toxicomanes, distance dans la relation.</p>	<p>Non pas de PEC spécifique, on a des âges très différents, donc on travaille avec le projet de la personne.</p> <p>Fossé des générations, les personnes de 60 ans, même toxicomanes, ont une éducation que les jeunes n'ont pas. Avec qqn de 40, la mixité crée une dynamique négative. Il repère la personne avec les mêmes problématiques et s'entraînent dans la consommation, avec mensonge, vol, etc. Je ne pense pas que mélanger des personnes avec les mêmes problématiques soit aidant.</p>	<p>Complexe. 5 chambres. Disposition en fonction des dépendances. Les chambres individuelles pour les plus âgés. Attention aussi aux malades psychiques. Ex.: schizophrènes sans traitement seuls.</p> <p>Problème quand il y a beaucoup de jeunes, qui ne respectent pas les règles et consomment. Difficile pour les non-consommateurs âgés.</p>
	Quelles bases légales? Quelles instances	SAS ¹³⁶ , plus précisément l'office de coordination des institutions	SAS	AI ou aide social, placement par Addiction Valais ou SSH,

¹³⁶ Service de l'action social

	étatiques? Qui finance?	sociales, issu du département de madame Webber Kalbermattten. Ce département oriente les personnes via Addiction Valais (addictions) ou Emera (troubles psychiques).		service social handicap d'EMERA
	Quels défis? Quels enjeux?	Gérer le quotidien et adapter les PEC ¹³⁷ à des consommateurs actifs. On se pose aussi la question du vieillissement et des problématiques de santé physique, comment on intègre les séjours de longue durée avec le vieillissement de la personne	Projet de vivre en appartement pour les personnes de 40-50 ans. L'âge n'est pas un défi, avec les suivis à domicile par ex. Le défi, c'est arriver en âge AVS avec des problèmes de santé importants qui nécessite un placement en EMS avec la cohabitation.	Besoin d'une prise en charge spécifique. Beaucoup d'empathie, pas de jugement. Admettre que c'est une pathologie
	Besoin d'une prise en charge spécifique pour cette population? Quel niveau et pourquoi?	Un besoin au niveau physique, somatique, la santé se dégrade très rapidement. Enjeux aussi au niveau de la santé communautaire, avec les hépatites et VIH. Prise en charge psychologique, il faut que les usagers adhèrent, tous ne sont pas dans cette dynamique. Est-ce que ces personnes vont rester	Selon la personne. Il y a des personnes qui consommeront toute leur vie. Ça dépend de la personne, de son envie, de son parcours, de sa santé. C'est difficile de dire, il leur faudrait telle ou telle chose	PEC spécifique à chaque personne, ex: Refus de traitement, troubles psychiques associés. PEC individualisée.

¹³⁷ Prise en charge

		jusqu'à 65 ans au même endroit ou d'autres structures doivent prendre le relai? C'est aux institutions de définir la mission et comment on prend en charge ces personnes.		
	Au niveau éducatif?	Importance de sensibiliser les futurs travailleurs sociaux qui vont travailler avec ces personnes. Spécifique parce qu'il faut beaucoup de patience, on ne peut pas avancer vite comme avec d'autres personnes. Gérer les frustrations aussi. Il se peut que la personne n'avance pas pendant 6 mois, ne se présente pas au RDV, etc.		
	Passage à l'AVS, quels défis? Qui paye?	Ce sont toujours les mêmes organismes placeurs, ça ne change pas avec l'âge AVS	Former les personnes des EMS, c'est une réalité. De plus en plus de personnes avec des troubles psychiques associés à une consommation de drogues, légales ou non.	Bonne question, il faudra y réfléchir.

	Est-ce qu'une structure spécifique est nécessaire?	Oui, ici il y a par exemple une personne de 67 ans. Il y a un besoin d'une autre prise en charge, avec une approche plus médicalisée, avec un accompagnement plus complet, puisque son autonomie diminue: aide pour bouger, la toilette, pour l'autonomie. On est vite confronté à nos limitations. Des établissements médico-sociaux pourraient être mis en place, ou alors dans les EMS actuelles. Ce serait un gros défi. Au niveau de l'encadrement social, il faudrait nettement accroître les effectifs pour adapter les prises en charge.	Difficile de répondre, c'est selon la personne. Certains peuvent vivre de manière indépendante, même en consommant. D'autres pour lesquelles le placement est indispensable.	Oui et non. Oui parce qu'il n'y a rien. Non, stigmatisation. Il y aurait peut-être une différence à faire avec les toxicomanes actifs et sous substitution.
	D'autres structures, dans d'autres contextes?	Non, mais je pense que c'est quelque chose qui va devenir important et essentiel. Cela va créer des tensions au niveau des autres résidents et des équipes de travail. Comment on encadre ça? C'est plein de défis.	Non, très peu	Non

Pratique des professionnels	Travail concret? Quel type de professionnels? Comment ils adaptent ou non leur prise en charge?	<p>Équipe pluridisciplinaire: intervenants sociaux, infirmiers en santé mentale et des veilleurs, qui encourage à l'autonomie: ils entretiennent leur espace, font les lessives et les repas, font leur toilette de manière autonome. Beaucoup d'autonomie, mais un accompagnement pour les difficultés.</p> <p>Système de référence, co-construction d'un projet. Les tâches et les activités servent de support au développement des compétences</p>		<p>Tous les usagers sont pris en charge de la même manière.</p> <p>Un éducateur référent et une infirmière. Co-construction du PI¹³⁸. 15 jours pour que le personne s'adapte, projet après un mois et bilan après 3 mois pour voir si le projet est réalisable ou non. Aval du réseau nécessaire.</p> <p>Chaque personne est suivie en fonction de son histoire, son vécu, ses compétences, ses pathologies et ses désirs.</p>
Pratique des éducateurs/infirmiers	Quelle prise en charge est offerte?		Notre prise en charge est principalement autour du projet de la personne. Pour la plupart, 90 %, c'est retrouver un appartement et une petite activité pour se rapprocher de la norme. Évaluer les difficultés et les ressources de la personne. En vue d'un	Rôle de soutien et d'accompagnement.

¹³⁸ Projet individualisé

			retour en appartement dans des conditions acceptables pour l'usager et la société	
	Outils des éducateurs?	Le projet d'accompagnement construit avec le résident. Chaque intervenant va travailler avec les outils qu'il a appris. Par ex la TCC ou l'approche systémique, thérapie contextuelle, approche centrée sur la solution. Chacun est libre de mobiliser ses approches qui correspondent le mieux au besoin des résidents	Gestion du quotidien: hygiène, nourriture, repère dans la journée, gestion de l'argent. Bcp d'entretiens et activités de groupe, sportives, culturelles, équestres.	
	Compétences spécifiques de l'éducateur?	Savoir accompagner les personnes dans un projet. Capacité d'écoute et d'acceptation, d'adaptation, d'empathie faire émerger les ressources, ne pas imposer d'attentes	Formation spécifique en addiction ou aux maladies psychiques et capacité d'adaptation.	Empathie, aimer son travail. Pas de jugement. On ne travaille pas par hasard avec ce type de bénéficiaires.
	Rôle de l'éducateur?	Construire un projet, accompagner dans le quotidien, RDV, démarches, etc. Stimuler: lessive, levers, marches, préparation des repas, etc. Ce sont des choses très concrètes.	C'est l'adaptation. Permettre d'acquérir le plus possible d'indépendance pour ne plus vivre en foyer. Tour à tour ferme, empathique, attentif.	Rôle de soutien et d'accompagnement.

		Aspect coaching dans les aspects concrets de la vie. Proposer des activités: cheval, photo, sport.		
	Collaboration de l'équipe?	Coordination 3 fois par jour, transmission des infos, l'équipe fait le point sur l'ensemble des résidents. Système de référence et communication informelle. Avec les MSP, plutôt par mail. Et aussi les suivis de projets, chaque 2 mois. Sinon travail avec les cabinets privés, les CCPP.	Passionnant et aidant, travail avec les infirmières (médication, observation, etc.). MSP, contact sur le déroulement des journées et des événements particuliers. Les colloques et les mises en commun des infos. Colloque pluridisciplinaire et colloque de suivi de projet (mise en commun des observations des différents secteurs)	MSP ¹³⁹ , intervenants sociaux, infirmiers, responsables et veilleurs. Coordination matin midi soir. Colloque hebdomadaire. Supervision une fois par mois. Importance de pouvoir compter les uns sur les autres.
	En tant qu'infirmier, déjà suivi ce type d'utilisateurs? Points communs chez les utilisateurs?			Oui, pas de particularités, c'est le travail d'infirmier: entretiens, RDV médicaux, sorties, plus que juste donner méthadone ou médicament, préparer piluliers. Sortir un peu de ce rôle. Cocaïne et héroïne. Et cannabis. Dépendance aux

¹³⁹ Maître socioprofessionnel

				médicaments. C'était surtout de la réduction des risques et méthadone
	Journée type?		Pas de journée type. Oui horaire, mais bcp d'imprévu. Vie de monsieur et madame tout le monde sans le travail: lessive, repas, mise en place...	
	Difficultés?		L'imprévu: gestion des crises, ds conflits, dynamique malsaine autour de la consommation. Problématiques psychiques lourdes ou consommation abusive. Faire en sorte que tout le monde puisse vivre de manière confortable.	Pas de difficultés hormis manipulation. Ferme avec la gestion des médicaments, poser les limites et garder une distance professionnelle.
	PEC spécifiques liées à l'âge? Différence avec les jeunes?		Les aînées ont de la reconnaissance pour les moyens mis à disposition, les jeunes ont de la révolte. On n'a pas les mêmes attentes en tant qu'intervenant. Avec un jeune on se dit qu'une	Plus de place dans la relation et moins technique. Axe préventif plus important.

			réintégration dans le marché du travail est possible.	
	Connaissez-vous d'autres professionnels?	RDR, Addiction Valais, CAAD, Villa Flora	RDR, Villa Flora. Après toutes les institutions sont confrontées à des personnes qui consomment. CAAD, Domus... Au moins cannabis et automédication	RDR, Villa Flora, CAAD
	Avis sur les prises en charge? Les effets des modèles? En quoi sont-ils complémentaires? Les modèles sont-ils adaptés?	Trois modèles avec des modèles d'accompagnement très différents, mais une population semblable. Ici haut seuil de tolérance. CAAD, modèle plus fermé, structurant. Les RDR, c'est très structuré, ils visent l'abstinence, nous pas. Je pense que chaque modèle a quelque chose à apporter, offre complémentaire.	Certaines institutions correspondent à des personnes, d'autres non. Quand c'est le cas, il y a d'autres possibilités, Chez Paou, par ex, plus de libertés... Plus il y a de modèles, plus ça donne aux usagers de possibilité de s'en sortir. Ce sont souvent des nomades.	En fonction de la personne, qu'elle puisse trouver une prise en charge qui lui corresponde, qui lui convienne. Complémentarité avec les RDR. Des usagers ont quitté les RDR, sont venus ici et ont envie de retourner aux RDR.
	Quelles différences? En quoi ces modèles sont complémentaires? Regard critique?	Ici, ce sont des gens avec un long parcours institutionnel, tout essayé et finalement ils arrivent là. Pas d'exclusion ici. On a des règles, on travaille sur les transgressions et les comportements, mais on n'exclue pas. On prend les	J'ai un peu de peine avec le fait de regrouper les personnes avec les mêmes problématiques. Je suis pour la mixité, par ex. pour les toxicomanes vieillissants dans les homes. Elles peuvent s'enrichir mutuellement. Faire	

		personnes là où elles en sont, pas de pression, pas de projets prédéfinis.	des petits secteurs, des petits paquets, de gens malades, riches, âgés, marginaux, ce n'est pas une richesse.	
	Suggestions innovantes?	Augmenter le budget, projet d'accompagnement pour les personnes qui consomment. Projet en phase de consolidation pour les alcooliques transposables aux toxicomanes.	Pas de suggestions innovantes. Sensibilité aux dépendances et aux maladies psychiques. Offrir des prises en charge un peu différentes, avoir plusieurs réponses possibles. Le financement fait qu'il n'y a pas de liberté totale d'action.	Une salle de consommation en Valais. Possibilité de consommer sur un lieu résidentiel, avec un encadrement infirmier et médical ou un lieu de rencontre ambulatoire avec la possibilité de faire ses lessives.

AXE	QUESTIONS	ENTRETIENS 4	ENTRETIENS 5	ENTRETIENS 6
Organisation	Définition de la toxicomanie?	Approche biopsychosociale. Rencontre individu, substance dans un contexte donné. Souffrance supplante le plaisir, asservissant. Augmentation des doses. Perte de contrôle, responsabilités et devoirs. Craving, durée et conséquences négatives.	Addictions liées à une substance.	Pas uniquement des personnes qui consomment des produits. Sport, chocolat. Recherche profonde de sens. Échappatoire destructrice pour pallier à un manque de buts.
	Définition d'un toxicomane âgé?	Pas ne notion du nombre d'année, mais de santé, de handicap séquellaire.	C'est une personne qui vieillit, proche de la retraite, avec une longue vie de toxicomane.	Pas forcément 70, 40 aussi. Selon nombre d'années de consommation. Commence tôt.
	Accueillez-vous cette population?	Oui, pas de limites d'âge. Il y a des toxicomanes vieillissants	Pas pour le moment.	Oui, on accueille aussi régulièrement des personnes à la limite du critère, âgée de 40 ans, avec 30 ans de consommation.
	Combien? Évolution des chiffres?	Âge moyen: 39,7 ans. 45 et plus égal 40 % des personnes suivies pour l'ambulatoire.		Elle tend à diminuer, de plus en plus de jeunes sont admis, adressés par le TM. C'est la

		<p>Âge moyen: 45. Les plus de 45 ans égal 44 % des personnes suivies pour le résidentiel.</p> <p>La catégorie de consommateurs principale d'héroïne est vieillissante (45 et plus): nul en 2004, 77 en 2015</p>		<p>majorité. Moyenne d'âge de 25-26 ans.</p> <p>1-2 personnes qui ont 37-40 ou 45 ans.</p>
	Population nouvelle?	Non, déjà en 2008-2009. Deux cas, 54 et 55 ans. Avec des problèmes de santé somatique. Début dans les années 2005.		Non
	Profil type? Âge, facteurs de vulnérabilité, durée des suivis, type de drogues consommées?	<p>Début des consommations vers 15-20 ans. Profils héroïne et cannabis avec l'alcool qui vient plus tard (35).</p> <p>2-3 tentatives dans des institutions orientées abstinence. Ensuite substitution, maintien.</p> <p>Comorbidités psychiatriques. Al parfois en raison des troubles associés.</p> <p>Peu ou pas d'insertion dans le monde du travail. Peu structuré. Peu d'occupation, mauvaise</p>		<p>Certaines ont réussi à fonctionner dans la société, qui ont pu construire (famille, travail) dans la vie pendant des phases de rémission, mais qui rechutent parce qu'elle ne trouve pas de sens dans leur quotidien.</p> <p>D'autres arrivent comme des clochards.</p>

		hygiène de vie. Problème de santé des 50-55 ans.		
	Unité ou prise en charge spécifique? Comment se passe la mixité?	Substitution. Objectifs de maintenance, de qualité de vie, de diminution des dommages, hépatites et HIV. Objectifs orientés sur l'hygiène de vie. Orientation vers des activités physiques adaptées.		On connaît les toxicomanes vieillissants, pas de consommation sauvage ici, elle est contrôlée. Rapport familial/respect entre les plus vieux et les plus jeunes. Ils ont des moyens d'entrer en relation.
	Quelles bases légales? Quelles instances étatiques? Qui finance?	PEC ambulatoire gratuite. Sinon à la charge de la personne ou des collectivités publiques. Après 64-65 ans, c'est l'AVS et les PC. ¹⁴⁰		SAS. Après les communes et les services sociaux payent. AI aussi.
	Quels enjeux? Quels défis?	Pas de masse critique en Valais pour développer de nouvelles structures. Donc défi accompagner et héberger dans des structures existantes. Soit suivi à domicile, soit les EMS. Mais les professionnels actuellement se sentent sans	Bien accueillir les personnes dont on a charge. Mélange difficile avec d'autres pensionnaires. La toxicomanie est mal acceptée par les pensionnaires.	Cette population a souvent tout essayé. Découragement. Paradoxalement, quand tout est épuisé, éclat de conscience et ils s'en sortent.

¹⁴⁰ Prestations complémentaires

		compétence, avec des peurs fantasmées.	Prise en charge spécifique qui demande des qualifications et des moyens financiers dont nous ne disposons pas. EMS à part entière ou EMS avec un bâtiment séparé.	
	Besoin d'une prise en charge spécifique? Quel niveau (santé, travail social, psychologique? Et pourquoi?	Au niveau éducatif: maintien d'acquis, suivi et accompagnement orienté qualité et confort de vie. L'objectif n'est plus de quitter l'addiction. Qualité de vie des années restantes comme toute autre personne vieillissante.	Oui, les problèmes de dépendance sont importants dans la population âgée. Ce sont des personnes plus jeunes, il faut une suite logique avec du personnel bien formé, des infirmiers spécialisés en addiction et en accompagnement. Plus un rôle éducatif (accompagnement) et de l'animation, parce que ces usagers sont relativement autonomes, avec de bonnes capacités.	On a un rythme interne avec peu de temps libre. Ex.: une personne de 62 ans avait du mal à assumer sport et autre. Donc on adapte, on met quelques exceptions en place.
	Est-ce que le passage à l'AVS pose des défis particuliers? Qui paye?		Question de santé publique, on est peu reconnu pour la psychiatrie, plus pour la psychogériatrie.	

			<p>Il y a les subsides du canton pour les EMS, les caisses maladie dans la facturation. Aussi les rentes d'impotence. Al.</p> <p>C'est une population qui demande des moyens financiers, il faudrait plus d'appui de la part du canton.</p>	
	Est-ce qu'une structure spécifique est nécessaire?	<p>Non, seul critère est la masse critique.</p> <p>Attention à l'effet ghetto éventuel.</p> <p>Il faudrait que les ressources spécifiques de l'addiction et la médecine soutiennent les structures de gériatrie.</p>	<p>Oui, plus qu'une aile dédiée.</p> <p>Mais quelle situation? Au centre-ville? À l'écart?</p> <p>Structure adaptée et équipée: salle de gym et cinéma, activités.</p> <p>Structures spécifiques pour répondre à des besoins qui le sont aussi.</p> <p>Personnel avec des compétences au niveau médical, infirmier et éducatif</p>	<p>Oui, du point de vue de la responsabilité sociétale, puisqu'on va se retrouver avec cette population âgée.</p> <p>Chez nous difficile, on est axé sur la recherche de sens, outils physiques avec peu de liberté.</p> <p>Difficile pour la personne de 45-50 ans, qui a besoin de souffler.</p>
	D'autres structures dans d'autres contextes? Quel regard	La Hollande. Toutes les mesures qui peuvent être mises en place pour accueillir ces gens sont	Berne et Hollande. Positif, car en Valais pas encore de discussion. On en parle juste	Celui de la Hollande est extrême. Je pense que la société doit aider à trouver un

	portez-vous sur ces alternatives?	importantes. Ce sont des citoyens comme les autres. Sans ces mesures, elles seraient mortes ou en très mauvaise santé.	entre collègues. Peut-être parce qu'il n'y a pas encore de demandes. Santé publique?	sens autre que la consommation. Je recherche quelque chose de plus profond, d'invisible. Trouver du sens dans les spiritualités, ce qui n'est pas destructeur.
	Quels besoins en EMS si accueil de cette population?		<p>Analyser la situation, nombre de personnes. Comment est géré le problème d'addiction. Téléphone avec le médecin traitant.</p> <p>Dès que 2-3 personnes, complexe. Il faut du personnel infirmier formé et un milieu éducatif pour la suite de l'accompagnement et des activités.</p>	
	Quelles craintes?		Regard des autres, peur de ne pas arriver à donner des soins de qualité, pouvoir s'ajuster à d'autres manières de prendre en charge.	
Pratique des professionnels	Travail concret? Quel type de professionnels? Comment adaptent-ils	Intervention personnalisée. C'est plus facile qu'en résidentiel, pas de groupe à gérer. Pour certains on est très ambitieux, on vise	<p>Les médecins et les infirmiers</p> <p>Maîtriser les problématiques liées à la toxicomanie.</p>	Deux infirmières et une équipe éducative. Les

	<p>ou non leur prise en charge?</p> <p>Pour EMS, qu'est-ce qui serait appelé à changer au niveau des pratiques?</p>	<p>l'abstinence, la sortie de la toxicomanie.</p> <p>Pour d'autres objectifs bcp plus limités.</p> <p>On tient compte de l'âge, de la durée de la consommation, de l'état de santé.</p> <p>Ce sont des intervenants en travail social, voire parfois psychologue.</p> <p>Ressources médico-thérapeutiques dans le réseau.</p>	<p>Comprendre ce qu'il y a derrière la personne, comment répondre à ses besoins. Travailler avec les familles.</p> <p>Trouver aussi du personnel qualifié, car actuellement, c'est la pénurie.</p>	<p>infirmières font le lien avec le médecin.</p> <p>On fait des exceptions, pour les levers du matin, les activités, le sport et pour une chambre individuelle.</p>
Pratique des éducateurs/infirmiers/TS	Quelle prise en charge offrent les éducateurs?			Plus d'écoute, plus d'individuel ou avec l'équipe éducative.
	Quel est/serait le rôle des éducateurs?	<p>Ce sont des éducateurs et des AS. La fonction d'intervenant en addiction est au carrefour des trois métiers: éducateurs, AS et psychologue.</p> <p>Accompagner la personne dans un projet adapté. Approche centrée sur la co-construction et l'adhésion. Objectifs réalistes</p>	<p>Partie médicale ou paramédicale: gestion des substances.</p> <p>Accompagnement, par des activités, internes et externes.</p> <p>Entretiens aussi.</p>	<p>Mettre la personne face à elle-même et la reconnecter à ce monde invisible, son moi profond, sa conscience. Par la méditation par exemple.</p>

		auxquels la personne peut accéder.		
	Outils et méthodes des éducateurs/infirmiers?	En fonction des besoins et des stades d'évolution. Systémique, roue du changement, TCC, prévention, méditation. Approches motivationnelles, travail en réseau et avec les proches surtout.	Valoriser les compétences. Inciter à verbaliser la souffrance. Accepter que ces personnes ne cessent pas leur consommation	Cœur, activités, entretiens, créer une relation qui soit d'un autre ordre que purement éducatif.
	Compétences spécifiques de l'éducateur?	Empathie et patience. Capacité à voir des objectifs adaptés. Capacité de considérer que tout petit pas est positif. Accepter le facteur temps.	Formation, connaissances de la personne vieillissante. Connaissances en addiction et en troubles psychiques.	Grande qualité d'écoute, intuition, créer du lien, de l'ordre de l'humain. Gagner la confiance de la personne. Empathie, compassion.
	Collaboration dans l'équipe et/ou avec le réseau?	Essentiel. Problématique biopsychosociale. Mise en commun des ressources des compétences et des ressources de plusieurs professions. (AI, ORP, CMS)	Rôle de chacun défini, travail pour le patient avec des compétences et des activités différentes.	Les infirmières sont impliquées dans les colloques. Elles connaissent les résidents sous un angle différent des éducateurs. Elles font aussi le relai avec toutes les personnes qui prennent en charge à l'extérieur.
	Déjà travaillé avec ce type d'utilisateurs? Quels	Oui, il faut mettre le focus sur le maintien de la qualité de vie,	Oui, en hôpital psychiatrique.	Oui, mais plus de référence depuis 2 ans. Une «bonne

	points communs/profil de ces personnes?	avec le moins de dommage possible. Travailler sur les modes de consommation. Ce n'est plus le traitement de l'addiction qui est au centre.	Besoin d'être entouré, rassuré. Valoriser les ressources, travail sur la culpabilité.	bordée», discussion d'humain à humain. Quitter le centre et se rencontrer à un autre niveau. Rendre attentif aux droits, mais aussi aux devoirs. Déjà un parcours, il y a des résistances. Elles veulent être traitées différemment des jeunes. Elles ont des affaires administratives à régler. Elles veulent moins de cadre.
	Difficultés?	Les attentes du réseau qui visent l'abstinence.		Elles disent: «je suis plus un gamin, j'ai déjà assumé ma vie, j'ai eu des enfants, etc.»
	PEC spécifiques à l'âge? Différences avec les jeunes?	L'aspect médical et l'aspect motivation/stimulation. Tenir compte des expériences passées. Plus dans la co-construction et l'adhésion avec les personnes âgées.		Les exceptions. La grande différence: la personne âgée s'est rendu compte de tous les maléfices de la consommation. Le jeune est encore dans une euphorie et recommencera à

				consommer. L'utilisateur vieillissant a envie de prendre en charge sa vie d'une autre manière.
	Différence selon les produits consommés?	<p>Pas bcp de recul avec la cocaïne.</p> <p>Nous on connaît surtout cette catégorie de personnes qui étaient sous héroïne et qui se sont mis à la cocaïne, en alternance ou qui ont cessé l'héroïne.</p> <p>Ce n'est pas la substance qui fait? Quels points communs entre une personne cocaïnomanie qui a connu le Lethen et un businessman?</p>		Je ne sais pas.
	Connaissez-vous d'autres professionnels?	Chez Paou, avec une personne de 65 ans.	<p>Malévoz qui assure les crises.</p> <p>Unités ambulatoires. Emera.</p> <p>Home de la Tour, je crois.</p> <p>Les RDR, avec une philosophie différente, centrée sur l'individu et l'abstinence.</p> <p>Addictions VS pour la</p>	Addictions Valais, Villa Flora, Domus, Chez Paou.

			prévention. Médecins psychiatres aussi.	
	<p>Avis sur les prises en charge? Les effets des modèles? Sont-ils adaptés?</p> <p>Regard critique?</p>	<p>Tous bons, utiles et nécessaires. La palette thérapeutique doit être large, adaptée aux besoins de personnes.</p> <p>Un seul traitement, un seul modèle est illusoire.</p> <p>La réussite des traitements est plus due à la qualité de la relation établie que dans le modèle de prise en charge.</p>	<p>Pas assez de connaissance pour répondre. EMS pas prêt en tout cas.</p> <p>Je pense que les RDR font du bon travail.</p>	<p>Je connais peu. J'ai quand même l'impression que quand des personnes arrivent dans ces institutions, il y a une sorte d'espoir qui a été perdu. Espoir pour l'utilisateur et la personne qui s'en occupe.</p>
	Suggestions/idées innovantes?	<p>Révolution des mentalités. Un toxicomane âgé est avant tout une personne âgée qui devrait avoir le même accès aux prestations ou aux soins. Mais il y a encore bcp de jugement moral. Il faut voir la personne vieillissante avec ses besoins, pas avec sa toxicomanie.</p>	<p>Solliciter les psychiatres.</p> <p>Sens du sevrage en âge avancé?</p> <p>Qu'est-ce qu'on peut offrir à ces personnes?</p> <p>En Valais, encore mentalité du sevrage à tout prix. Différent de Zurich, plus ouvert par ex.</p> <p>L'important est que ces personnes soient le mieux</p>	<p>Centre de méditation pendant 6 mois. Vie monacale. Jardin, ménage, etc.</p> <p>Le côté invisible de l'être humain n'est pas assez pris en compte. Prise de conscience profonde possible.</p> <p>Encadrement pas forcément qu'éducatif, mais spirituel.</p>

			<p>possible, avec une vie la plus ouverte possible.</p> <p>L'idéal doit naitre quand on est en contact avec ces personnes.</p> <p>Une voir deux générations de moins que les personnes qui sont en EMS, il faut offrir à ces personnes ce dont elles ont besoin.</p>	
--	--	--	--	--